

Control de d: x Mensagens x Sistema SÁ x Audiências x Consulta proc: x PJ 0830208-60.20 x Baixar o arqui: x (44) WhatsApp: x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=347552&ca=8f41dc4d81d3e34d13f6fdf3330ea8f73e822...

Apps SISTEMAS Google Publicações

OPJV 0830208-60.2019.8.18.0140  
CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

16585080 - Petição (2736612 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 07/05/2021 14:45:38

07 May 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO  
16585079 - Petição  
16585080 - Petição (2736612 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL 01)  
16585081 - Documentos (2736612 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL Anexo 02)  
14:45

06 May 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL  
16537807 - Laudo Pericial  
16537816 - Petição (Celso Luiz Pereira Da Silva Honorários periciais)  
16537819 - Laudo Pericial (CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA)  
10:07

28 Apr 2021

DECORRIDO PRAZO DE CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA EM 27/04/2021 13:59

downloadBinario.seam 1 / 2 90% 2736612- CJ/2020-02631/INVALIDZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08302086020198180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que lhe promove CELSON

PT 14:45 07/05/2021



Número: **0830208-60.2019.8.18.0140**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **17/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA (REQUERENTE)		DANUBIO AUGUSTO MARQUES CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REQUERIDO)		EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16585079	07/05/2021 14:45	<a href="#">Petição</a>	Petição
16585080	07/05/2021 14:45	<a href="#">2736612_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Petição
16585081	07/05/2021 14:45	<a href="#">2736612_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Documentos

SEGUE EM ANEXO IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PERICIAL.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08302086020198180140

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

Antes de expor seus argumentos quanto a perícia médica realizada na parte autora, vem informar a este juízo que diferentemente do que foi alegado, observando-se a documentação acostada, verificar-se que o autor não se encontra na situação prevista no Art.7º da Lei 6194/74, isto porque, o pedido do seguro DPVAT, refere-se ao veículo placa **DDY-9570**, de propriedade da parte autora.

Ocorre que o autor, não pagou o prêmio do seguro, estando o veículo em situação irregular pelo não pagamento do seguro obrigatório à época do sinistro.

Assim, tratando-se o requerente do proprietário do veículo que ensejou a lesão, não tendo este comprovado o pagamento do prêmio, não tem direito à cobertura securitária.

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Assim, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.



É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TERESINA, 6 de maio de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PI 10201**

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Sebastião Luiz Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492635

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

24 ABR 2019

**DPVAT**

**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 Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 67390  
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

DETO

DR. GERAL

SUS SUS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	Prontuário:	492635
Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/06/1966	Idade:	52u4m22d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:	MOTOTAXISTA	Fone:	86-99042-044
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	CNS:	702308109715018
End. Local:		CPE:	206.647.953-04 * RG: -
		E. Civil:	Desq./Divorciado(a):

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	691212	Data:	28/10/2018 01:26:22	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	SUS	
Mod. Trab.:	S.O	Trajetos?:	Sim	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

### DADOS CLÍNICOS:

Acidente sofrido em acidente motociclistico (moto - moto) na +/- 1 hora, vítima de acidente de trânsito. Vítima de acidente de trânsito, vítima de acidente de trânsito.

- (A) UA queimada, com calor residual
- (B) UA, viatura, com RA
- (C) BNC, 3T, 3C, acidente recente
- (D) diátese = 15
- (E) produz um am. e

PA: 120/80 mmHg  
Pulso: 78 bpm  
Temp.: 36,5°C  
Diagnóstico Inicial:

### CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito RX de tórax, RX de crânio e, RX de coluna C, RX de pé e

ALTA:	( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inalterado ( ) A Pedido	( ) Administrativa ( ) Por Indisciplina ( ) Por Evasão	( ) Retornar à Unid. Origem: ( ) Transferência:
ÓBITO:	( ) Até 24 hs ( ) De 24 a 48 hs ( ) Após 48 hs	( ) Família ( ) IML ( ) Anal. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : ( ) Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
DESTINO:		Prof. Solicitante Internação:	

Glauco Rocha Silva  
Médico  
CRM-PI 7700

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

Joana Luisa Mendes de Mesquita

Carimbo- Assinatura - Profissional - BR

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: 28/10/2018 01:31:13

(CARLOS ALBERTO)

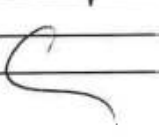
**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**


<b>Nome:</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 492635
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 06/06/1966	<b>Idade:</b> 52a4m22d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99042-044
<b>Responsável:</b> O MESMO	<b>CNS:</b> 732308109715018	
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA	<b>Documento:</b> CFP: 286.647.953-04	
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto	<b>E. Civil:</b> Desq./Divorciado(a)	
<b>End. Local:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

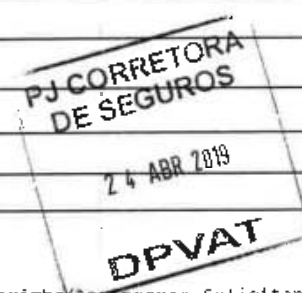
<b>Código:</b> 691212	<b>Data:</b> 28/10/2018 01:26:22	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMÁ EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> N U S


**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> 28/10/18 07:30	<b>ESPECIALISTA:</b> Intendente
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b> Fratura exposta de fêmur distal a esquerda Pn CC.	
 Dr. André Luís S. Joazeiro Carimbo/Assinatura Solicitante	

<b>DADOS DO PARECER:</b> Data/Hora: 28/10/18 22:35	<b>Cir. Geral</b>
Paciente vítima de acidente motociclístico, lesões múltiplas, hemodinamicamente estável. Abdomen rígido sem alteração. Ao exame radiográfico não evidenciadas fraturas, nem lesões de articulação.	
cc: Exame clínico para CC para cirurgia ortopédica	
 Glauco Rocha e Silva Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__	<b>ESPECIALISTA:</b>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>	
 24 ABR 2019 DPVAT Carimbo/Assinatura Solicitante	

<b>DADOS DO PARECER:</b> Data/Hora: __/__/__	
 Carimbo/Assinatura Módulo: 47389ccr SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL	









## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Elso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO	492635
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	2301223
À CLÍNICA	Cardiologia		
<b>MOTIVO DA CONSULTA</b>  Paciente 52 anos, com fratura exposta de fêmur. Malha gesso cirúrgico.			
DATA: 29/10/18		<div>Dr. Osvaldo Mendes Filho Gerente Médico Clínica Ortopedia - HUP CRM 2135</div> ASS. MÉDICO CONSULTANTE	
<b>PARECER</b>  Rejeito HOS/D. Mellin A C = nca em 27, R nu PA = 120/80 mmHg ECG = normal  Beiro nêco PI procedimento ortopé			
DATA: 30/10/18		<div>Joana Luiza Mendes de Albuquerque Metrícula: 47390 SAME - HUP CONFERE COM O ORIGINAL</div> ASS. MÉDICO ESPECIALISTA	
		<div>PJ CORRETORA DE SEGUROS 24 ABR 2019 DPVAT</div>	



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matriculada 47398  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE:	Leão Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	492635
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. André	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Est.	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Priscila	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Glaucilide	CPF Nº:	

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE DISTURB	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE Nº 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01					
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Obs.: 3 opções. 02 Nylon 3.0			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Kátia		
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816



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

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47380  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: <u>Uelso Luiz Pereira da Silva</u>	Prontuário:	Data:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>52a</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fract. Fêmur distal - frct. angio</u>		Apto?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>ANAMNESE</b>			
1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
- História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>EXAME FÍSICO</b>			
PA: <u>150/80</u>	Pulso: <u>92</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)	
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax	
ECG:			
ECO:			
ASA: <u>I</u> Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>RAQUÍ</u>			
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista:			
CRM: <u>Dr. Marcos Luciano Gusano</u> CRM - PI 5011 CRM - MA 7296			

VOD-722

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



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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO


centro cirúrgico

Nome do Paciente			Elis Luy Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório			Fístula exposta de fundo do tórax (E)		
Operação - Tipo			MTC + Fixação externa transarticular		
Cirurgião		3º Assistente		André Nogueira (R3)	
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)	Anestesiologista			Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação	Início			Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
<p align="center"><b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>① Paciente em DDH sob monitorização</p> <p>② Assésia, antissépsia</p> <p>③ colocação campos estéril</p> <p>④ lavagem extensiva com SF 0,9%</p> <p>⑤ colocação da fixação externa transarticular em M6</p> <p>⑥ sutura ferimentos</p> <p>⑦ curativo estéril.</p>					

Dr. André Luís Nogueira  
MEDICINA  
11.01.0030

Mod. 76 HUT



		FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome:	Celsa Lúcia Pereira da Silva			Sala:	
Procedimento:	Fratura de fêmur distal - tração e fixação			Cirurgião:	ANDRÉ
				Alergia:	
				Observações:	

Agências	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Bupr. 0.5%	01	12mg											
2. Morfina	01	10mg											
3. Midazolam	01	2.0mg											
4.													
5. cefazolin	02	2g											
6. diclofen	01	100mg											
7. paracetamol	01	1000mg											
8. cefepime	01	1000mg											
9. clonitaz	02	2g											
10. clonitaz	01	1000mg											
11. clonitaz	01	1000mg											
12.													
13. clonitaz	01	1000mg											
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico 20G

☐ Cat. Venoso nº 6

☐ Dificuldade acen. venoso

☐ Gastos cateteres

☐ Central

Via Aérea

☒ Cateter nasal

☐ IOT nº

☐ LMA nº

Monitorização:

☐ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☒ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueio Periférico

☐ Outros

Decúbito: D14

SP02 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia: insuf. venoclise. E, ara. punção  
lombor mediana em L3-L4  
com cf. 20 e sem intercorrências

Dr. Celsa Lúcia Pereira da Silva  
Médico  
CRM 5081  
CPR MA 7296

Anestesiologista





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4 CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018	8-Nascimento: 06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04
11-Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone: 86-99042-044
13-Resp: O MESMO			14-Fone: 86-99042-044
15-Endez: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408050519</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>
21-Cod. Mudança Procd. <b>0408050624</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILAR DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
27-COD. Pcia: <b>5724</b>	26-Diagnóstico: <b>Fratura da extremidade distal do fêmur</b>

35-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Med. Solic.: <b>003.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em fêmur E

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>Marcondes Martins S. Moura</b> <b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b> <b>53-PI 1260 - CNS 17026395120001</b>
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(Ass. Carimbo)

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS  
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 144416  
ATH: 2218101810562

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

#### ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5828836

#### ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5828836

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

#### CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO

06/06/1966

PRONTUÁRIO

492635

SEXO

M

#### DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

RAIMUNDA GOMES DA SILVA

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

#### CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

NÚMERO / LOTE

RUA DOTA OLIVEIRA

598

#### BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

MONTE CASTELO

TERESINA

PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR METAFÍSE DISTAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

D408050624

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CÓDIGO

D408050519

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR METAFÍSE DISTAL

CÓDIGO

D408050624

#### DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

S124

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

#### PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma = fratura do fêmur B

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

#### NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

#### CNS SOLICITANTE

DATA SOLICITAÇÃO

20/11/2018

### AUTORIZAÇÃO

#### NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TANIA MOREIRA ARAÚJO LEAO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

221560395290003

20/11/2018 14:01:17

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SAMS - HJT  
CONFERE COM O ORIGINAL







**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Co. da Autorização de Internação Hospitalar (AHI)

225944

344436

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828056</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828056</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA				6 - Prontuário: 492635			
7-CNS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo:	Masculino	CPF:	286.647.953-04
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA				12-Fone:	86-99042-044	
13-Resp:	O MESMO				14-Cor:	Sem Informação	
15-Endr:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. TREG:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

*FX Exposta Fêmur*

21 - Condições que justificam a internação:

*AS Acum*

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

*MP- 0408050624*

23-Diagnóstico Inicial:

**Fratura da diáfise do fêmur**

24-CID Prim: **S723**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27-Processamento Solicitado: <b>0408050519</b>	29-Clinica: <b>02</b>	30-Caráter: Ident.: <b>01</b>	31-Docum.: <b>CPF</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>003.635.133-12</b>	Tempo SUS <b>4</b>
33 Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS</b>	34-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>				

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNEJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNEJ Empresa:	42-CNAE Empresa:	44-CBOP:
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:	48-Docum.: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Data de Emissão (Rg.Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data de Assinatura:	53-Data de Assinatura:	54-Data de Assinatura:	55-Data de Assinatura:

*140188*  
**Marcondes Martins S. Moura**  
**Médico Auditor - FMS - Teresina**  
**50944 PI 1250 - CNS 17025395120001**

*Joana Luísa Mendes de Mesquita*  
**53390**  
**SAMEC - HUT**  
**CONFERE COMO ORIGINAL**

Usuário: **LAYLA MORAIS**  
Consulta Local: **591212**  
Consulta SUS:  
Impressão: **28/10/2018 04:43:12**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816

Número do documento: 2105071445380100000015652816

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 144416
	AIH: 2218101810562

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 3828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 3828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 06/06/1966	SEXO M	PRONTUÁRIO 492635
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA GOMES DA SILVA	RESPONSÁVEL CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 398
BAIRRO MONTES CASTELO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
FRATURA EM MMII

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S72.1 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 340850519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR	
LEITO/CLÍNICA ORTOPÉDICA/RAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO) ANDRÉ TAL DE VASCONCELOS CPF: 01.69513512 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 28/10/2018
DATA ADMISSÃO 28/10/2018 01:31	DATA ALTA 08/11/2018 18:07
MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO	

### 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) TANIA MOREIRA ARAÚJO CPF: 4786155915 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 25/10/2018 08:54:00
CPF	CRM
DATA ANÁLISE	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635				
7-CVS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04		
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone:	86-99042-044		
13-Resp:	O MESMO			14-Fone:	86-99042-044		
15-End:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBS:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMMES - NF: nf</b>		

36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS</b>	48-Tp. Documento: <b>CPF</b>
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>003.695.133-12</b>

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Dor e deformidade  
de caxa E.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Pg.Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>1408050624</b> <b>Marcondes Martins S. Moura</b> Médico Auditor - FMS - Teresina 53-Data Assinatura (Pg.Conselho):

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



**PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda**  
**ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES**  
**COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.**  
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458  
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí  
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Celso Luiz Pereira da Silva

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: 492635 Data da Internação:   /  /  

Procedimento Médico Realizado: \_\_\_\_\_

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 28 / 10 / 18 DATA DA ALTA:   /  /  

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	<u>Fixador Tubo a Tubo.</u>
	<u>4 Barras (2 longas / 2 curtas)</u>
	<u>6 conectores (5 simples) / 1 duplo</u>
	<u>3 conectores duplos</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 28 de outubro de 2018  
Nome do Hospital: HUT

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

André Luiz de Vasconcelos  
Ortopedista - Cirurgião da Mão  
TEO 1307  
CRM - PI 4503

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SABE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

226661

N.º 1479 64

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

2- Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>226661</b>


## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018	8-Nascimento: 06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04
11-mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99042-044		
13-Resp: O MESMO	14-Cor: Sem Informação		
15-Endere: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010			
10-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:			
Paciente apresentando queixas de fratura supracondiliana de fêmur (E)			
21 - Condições que justificam a internação:			
Necessidade de fixo cirúrgico			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
Rx Fratura grave de fêmur distal			
23-Diagnóstico Inicial:		24-CID Prim.:	25-CID Sec.:
Fratura da extremidade distal do fêmur		S724	26-CID Causa.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050624		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		Tempo SDR 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docun.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 669.742.673-04	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AYRANA SOARES AIRES	34-Data Solicitação: 08/11/2018			
				35-Ass. Carimbo Mod.Sol. (CRM):

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	39- CNPJ Seguradora:	40- No. Bilhete:	41- Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42- CNPJ Empresa:	43- CNAE Empresa:	44- CBOE:
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:
48- Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49- Num. Documento:
50 - Assinatura Paciente ou Responsável:	51- Data Autorização: <b>08/11/2018</b>
	52- Carimbo Local: <b>641212</b>
	53- Carimbo SUS:
	54- Impresso: <b>08/11/2018 18:05:50</b>



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816>

Número do documento: 2105071445380100000015652816

Num. 16585081 - Pág. 16

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 147964
	Alf: 2218101817899

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828556
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828556

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 06/06/1966	SEXO M	PRONTUÁRIO 292835
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA GOMES DA SILVA	RESPONSÁVEL CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 533
BAIRRO MONTE CASTELO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EM MM

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 SECUNDARIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

049803624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR META-FISE DISTAL

#### LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

#### PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO) DO CONSELHO

ANDRÉ LUIZ DE VASCONCELOS

CPF: 00369513312

CRM:

#### CARÁTER

URGÊNCIA

#### DATA SOLICITAÇÃO

08/11/2018

#### DATA ADMISSÃO

08/11/2018 15:07

#### DATA ALTA

10/11/2018 09:00

#### MOTIVO ALTA

MELHORADO

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

Tipo acidente CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO</b>	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO / AUDITORIA</b>
<p>LEONARDO ALEMEIDA FILHO</p> <p>CPF: 05580631334 CRM:</p> <p>DATA ANALISE: 08/11/2018 20:20:21</p>	<p>CPF CRM DATA ANALISE:</p>

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Médica: 47300  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

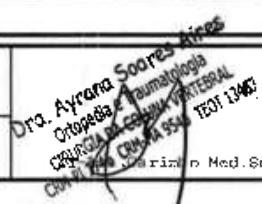
1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNRS <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>226661</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635				
7-CNS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04		
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone: 86-99042-044			
13-Resp:	O MESMO			14-Fone: 86-99042-044			
15-Ende:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
7-Munic:	TERESINA	17-Cod.TBGF:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050624		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
0702030821	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS		1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE			

38-Profissional Responsável: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>08/11/2018</b>	40-No.Doc. Med. Solic.: <b>669.742.673-04</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

<p><i>Fratura Supracondiliana de Fêmur</i></p> <p><i>precisando fixação interna.</i></p>
--

**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: <b>101218</b>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

*Joana Luiza Mendes de Mesquita*  
Meticular: **87360**  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/11/18

NOME DO PACIENTE: Celso Luiz Pereira de Silva	PRONTUÁRIO Nº: 492635
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raquel	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Laurindo Paulino Filho - 474	CPF Nº: 068972903-00
INSTRUMENTADORA: Jack	CRM/PI 474 CEP: 068.972.903-00

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	18	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	10		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	04	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 120	UNID.	01		Cocais		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Chluz		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Catheter		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupre		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Linha Estu G.T		01	
ALCOFIL				Phar Sog			
MONONYLON		20					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		0		CIRCULANTE			
PROLENE							

Georgio X. Paz

COBEN-PI: 830.107

Luiza Mendes de Mesquita  
Matrio: 47390  
SABE-HUT

CONFERE COM O ORIGINAL

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

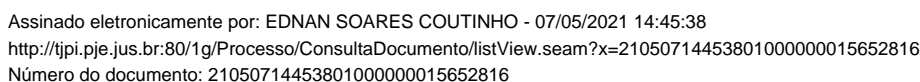
Número do documento: 21050714453801000000015652816





Nome do Paciente <b>Celso Luiz Pereira Da Silva</b>		
Diagnóstico pré-operatório <b>Fratura Supracondílea de Fêmur D</b>		
Operação - Tipo <b>Fixação Cirúrgica de Fratura Fêmur Distal D</b>		
Cirurgião <b>Dra Ayrao</b>	1º Assistente <b>D. Manoel (R)</b>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista <b>D. D. Raulino Filho</b> Médico Anestesiologista CRM-PI 474 CPF: 068.972.303-00	Anestesia <b>Rapine</b>
Anestésico(a)		
Data da Operação <b>08/11/18</b>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
<p align="center"><b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>1) Posição em DDA sob respiratório.</p> <p>2) Antissepsia + Anestesia + Colocação de gaze.</p> <p>3) Retirada do fixador antigo + Fixação lateral em gaze D + Discretamente por placas + Heraldo.</p> <p>4) Redução de fragmentos de fêmur distal + Colocação de Placa DHS + Placa + parafuso. 5) Redução de placa + Colocação de placa + Sutura Placa + Curativo.</p>		
<p align="right"> <b>Dra. Ayrao Soares Aires</b>  Ortopedia e Traumatologia  CIRURGIA DA COLUMNA VERTEBRAL  CRM-PI 3746 CRM-MA 3546 TEOT 13487 </p> <p align="right"> <b>Jouana Luísa Mendes de Mesquita</b>  Médica: 47390  SAME - HUT  CONFERE COM O ORIGINAL </p>		

Mod. 76 HUT





UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

(OSPIT) DE URGÊNCIA DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		492635	06/06/1966	52	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DI : 28/10/2018	FRACT. EXPOSTA FEMUR DISTAL							
10/11/18								
1	Dieta oral livre							
2	Feito salinizado							
4	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Ranitidina 50mg _01 amp + AD EV 8/8hs							
6	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Plasil _01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
10	Curativos diários							
11	Cuidados gerais e sinais vitais							
<p>Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47310 SAMU - HUT CONFERE COM ORIGINAL</p>								
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Yuri Iwakotélla / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM 3415-7/07-0021 / CRM 2756-7/01-11105 / CRM 2367								



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816>

Número do documento: 2105071445380100000015652816



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

( OSF ) L DE URGÊNCIA DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC		IDADE	CÚNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA		492635		06/06/1966		52	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA									
09/11/18	PRAT. EXPOSTA FEMUR DISTAL									
1	Dieta oral livre									
2	Jelco salinizado									
4	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6hs									
5	Ranitidina 50mg 01 amp + AD EV 8/8hs									
6	Tramadol 100mg 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN									
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h									
8	Plasil 01 amp + AD EV 8/8h S/N									
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA									
10	Curativos diários									
11	Cuidados gerais e sinais vitais									
<i>João Luis Mendes de Vasconcelos</i>										
CONFERE COMO ORIGINAL										
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38										
Matrícula: 47390										
CRM/PA 5-TEC/11028 / CRM/PA 2308 / CRM/PA 765 TEO/11.2005 / CRM/PA 5367										



# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
08/11/18	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE SANGUE					DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<p>→ 40% / 100% (cateter central)</p> <p>SfO<sub>2</sub> 98</p> <p>pot-pot-pot</p> <p>16:30</p>			TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-LUTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				SEQUÊNCIA
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10	<p>Bupivacaína 100</p> <p>Neocad 100</p> <p>Drupol 100</p> <p>Dipriva 200</p> <p>Dexomet 100</p> <p>Rapa 100</p> <p>Ritoprop 100</p> <p>Tenex 100</p> <p>Epil 100</p> <p>Alumina 100</p>		
P. ARTERIAL V O PULSO	38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
Dr. Laurindo Faurino Filho		Dr. Laurindo Faurino Filho			
Médico Anestesiologista		Médico Anestesiologista			
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00		CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00			
PARTICULARIDADES		MÉDICO POS-OPERATÓRIO			

MOD 76 - HUT

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



NOME DO PACIENTE Cleber Luis Pereira da Silva 492635	PRONTUÁRIO 492635	CLÍNICA Ortopédica	ENF. QUAP 230	LEIO 2023	MEDICO ASSISTENTE
DATA/HORA 08/11/18		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA # por fratura femur (E) SUPRA CONDILIANO		HORÁRIOS			
OBSERVAÇÕES 23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura femur E		OBSERVAÇÕES			
1 DIETA ORAL LIVRE		2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA			
3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS		4 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD EV 8/8 h			
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h		6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h			
7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN		8 CUIDADOS GERAIS			
9 Clavex 70mg - 1ap, 5c, 1x (du)		0			
10		11			
12		13			
14		15			
16		17			
18		19			
20		21			
22		23			
24		25			
26		27			
28		29			
30		31			
32		33			
34		35			
36		37			
38		39			
40		41			
42		43			
44		45			
46		47			
48		49			
50		51			
52		53			
54		55			
56		57			
58		59			
60		61			
62		63			
64		65			
66		67			
68		69			
70		71			
72		73			
74		75			
76		77			
78		79			
80		81			
82		83			
84		85			
86		87			
88		89			
90		91			
92		93			
94		95			
96		97			
98		99			
100		101			
102		103			
104		105			
106		107			
108		109			
110		111			
112		113			
114		115			
116		117			
118		119			
120		121			
122		123			
124		125			
126		127			
128		129			
130		131			
132		133			
134		135			
136		137			
138		139			
140		141			
142		143			
144		145			
146		147			
148		149			
150		151			
152		153			
154		155			
156		157			
158		159			
160		161			
162		163			
164		165			
166		167			
168		169			
170		171			
172		173			
174		175			
176		177			
178		179			
180		181			
182		183			
184		185			
186		187			
188		189			
190		191			
192		193			
194		195			
196		197			
198		199			
200		201			
202		203			
204		205			
206		207			
208		209			
210		211			
212		213			
214		215			
216		217			
218		219			
220		221			
222		223			
224		225			
226		227			
228		229			
230		231			
232		233			
234		235			
236		237			
238		239			
240		241			
242		243			
244		245			
246		247			
248		249			
250		251			
252		253			
254		255			
256		257			
258		259			
260		261			
262		263			
264		265			
266		267			
268		269			
270		271			
272		273			
274		275			
276		277			
278		279			
280		281			
282		283			
284		285			
286		287			
288		289			
290		291			
292		293			
294		295			
296		297			
298		299			
300		301			
302		303			
304		305			
306		307			
308		309			
310		311			
312		313			
314		315			
316		317			
318		319			
320		321			
322		323			
324		325			
326		327			
328		329			
330		331			
332		333			
334		335			
336		337			
338		339			
340		341			
342		343			
344		345			
346		347			
348		349			
350		351			
352		353			
354		355			
356		357			
358		359			
360		361			
362		363			
364		365			
366		367			
368		369			
370		371			
372		373			
374		375			
376		377			
378		379			
380		381			
382		383			
384		385			
386		387			
388		389			
390		391			
392		393			
394		395			
396		397			
398		399			
400		401			
402		403			
404		405			
406		407			
408		409			
410		411			
412		413			
414		415			
416		417			
418		419			
420		421			
422		423			
424		425			
426		427			
428		429			
430		431			
432		433			
434		435			
436		437			
438		439			
440		441			
442		443			
444		445			
446		447			
448		449			
450		451			
452		453			
454		455			
456		457			
458		459			
460		461			
462		463			
464		465			
466		467			
468		469			
470		471			
472		473			
474		475			
476		477			
478		479			
480		481			
482		483			
484		485			
486		487			
488		489			
490		491			
492		493			
494		495			
496		497			
498		499			
500		501			
502		503			
504		505			
506		507			
508		509			
510		511			
512		513			
514		515			
516		517			
518		519			
520		521			
522		523			
524		525			
526		527			
528		529			
530		531			
532		533			
534		535			
536		537			
538		539			
540		541			
542		543			
544		545			
546		547			
548		549			
550		551			
552		553			
554		555			
556		557			
558		559			
560		561			
562		563			
564		565			
566		567			
568		569			
570		571			
572		573			
574		575			
576		577			
57					

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

NOME Elisa Luis Pereira da Silva IDADE anos DATA 08/11/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Rede de Glândula Inguinal CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>88/67</u>	<u>104/70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>86</u>
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elisa</u>	<u>Al</u>

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

( ) SONDAS VESICAIS	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG	NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

20:25h Admissão na RPA no pós de pré-anestesia. Paciente consciente, respirando espontaneamente. Dem

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME/HUT  
 CONFERE COMO ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Valter M. Gineiro Filho  
 Anestesiologista  
 CRM-P 5079

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] JORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816

Número do documento: 21050714453801000000015652816



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ottonio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3118 5445

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 482635)  
Endereço: **RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
Nascimento: 06/08/1968 Idade: 52a4m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 691212  
Requisição: 887131 Solicitação: 28/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1099693 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 28/10/2018

### COXA ESQUERDA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em: pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA COMINUTIVA NA DIÁFISE DISTAL DO FÊMUR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SANE-PI  
CONFERE COM O ORIGINAL





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Oito 1820 - Madrugão - Fone: 86 3718 5445

TERESINA - PI CEP: 64019-770 CNPJ: 08.322.917/1-072-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225944  
 Requisição: 889893 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
 Controle: 1103305 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPIÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 07/11/2018

**T.C. DE JOELHO ESQUERDO**

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMINUTIVA COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR NA PORÇÃO DISTAL DO FÊMUR.
- FRATURA COMINUTIVA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL LATERAL E AS EMINÊNCIAS INTERCONDILIANAS.
- HEMOARTROSE DE MODERADO VOLUME.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/11/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



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





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3216 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
 Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AFRANA SOARES AIRES  
 Controle: 1103708 Convênio: S U S CLINICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 08/11/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

**Conclusão:**

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SANE - 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: 06.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
Controle: 1103709 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 08/11/2018

### JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

#### Conclusão:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

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



**COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS**  
**CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR**

CLIENTE...:90088 CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

CNS: 898002935234199

IDADE.....:52 anos

REQ:

MÉDICO ...:AYRANA SOARES ARES

DATA EXAME: 21/01/2019

SEXO.....:

CONVÊNIO: SUS

**RX DO JOELHO ESQUERDO**

**ACHADOS:**

Redução da mineralização óssea difusamente.

Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Redução da mineralização óssea difusamente.

- Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

- Aumento de partes moles.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Igor Nelva de Moura Santos Cordeiro  
CRM 4058

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ilhotas  
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí  
Telefone / Fax: 3198-1500  
CNPJ: 07.995.466/0001-13  
E-mail: ceir@ceir.org.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816



58.3%



06/06/1966  
21/01/2019 10:31

58.3%

CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA,  
900388



AV. HIGIENO CUNHA 1515 - ILHOTAS - TELEFONE (82) 3198-1500



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 1538767607  
 O TITULO NACIONAL  
 VALIDA EM TODO

CELMO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
 CPF 704672 B2P 91  
 288.647.953-04  
 06/06/1966

TELEFONE  
 JORGE PEREIRA DA SILVA  
 RAIMUNDA GOMES DA SILVA

1538767607  
 01150433529  
 06/10/2019  
 16/01/1985

LOCAL  
 TERESINA - PI  
 AGRICULTOR

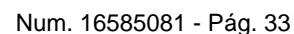
DATA DE EMISSÃO  
 29/07/2017  
 04448336795  
 72315413240

PIAUÍ

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 24 ABR 2019  
 DPVAT



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código BGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte, 02 - Agressão física-espantamento, 03 - Agressão física-FAF, 04 - Agressão física-FAB, 05 - Urgência psiquiátrica, 06 - Tentativa de suicídio, 07 - Envenenamento, 08 - Afogamento, 09 - Queimadura, 10 - Choque elétrico, 11 - Queda, 12 - Urgência clínica, 13 - Urgência obstétrica, 14 - Transferência, 15 - Exames complementares, 16 - Outros, 17 - Já removido, 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre, 2 - Condutor, 3 - Passageiro, 9 - Ignorado	1 - A pé, 2 - Automóvel, 3 - Motocicleta, 4 - Bicicleta, 5 - Ônibus/Micro-ônibus, 6 - Outro, 9 - Ignorado	1 - Automóvel, 2 - Motocicleta, 3 - Ônibus/Micro-ônibus, 4 - Bicicleta, 5 - Objeto fixo, 6 - Animal, 7 - Outra, 9 - Ignorado	Capacete, Airbag, Cinto de segurança, Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	4 - Espontânea, 3 - À voz, 2 - À dor, 1 - Nenhuma, 5 - Orientada, 4 - Confusa, 3 - Palavras inapropriadas, 2 - Palavras incompreensíveis, 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos, 5 - Localiza dor, 4 - Movimento de retirada, 3 - Flexão anormal, 2 - Extensão anormal, 1 - Nenhum		Pulso, Resp., PA, TAX, SatO2
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
	1 - Iguais, 2 - Desiguais	1 - Cheio, 2 - Fino, 3 - Ausente	1 - Sim, 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Exposta, 4 - Fechada	
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	1 - Aspiração, 2 - Prancha longa/curta, 3 - Imobilização de extremidades, 4 - Reanimação cardiopulmonar, 5 - Assistência obstétrica, 6 - Glicemia, 7 - Acesso Venoso, 8 - Medicamentos a), b)		33 Condições de entrada, 34 Óbito		
Observações Interdisciplinares	35 Observações Interdisciplinares				
	Responsável pela recepção, Socorristas Médico, AE/TE, Enfermeiro, Condutor				

27.11.2011





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPT da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA CPT: 286647953.04  
Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DORA OLIVEIRA Número: 598 Complemento:  
Bairro: MONTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210  
E-mail: Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (141)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1  
(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.

### 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, concorrendo, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 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 o comprovante desta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a planificação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado Local e Data: TERESINA 24 DE ABRIL 2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: Assinatura  
2ª | Nome: CPF: Assinatura



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001420/2019-91**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 16/04/2019 - 08:31

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

28/10/2018 - 00:05

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

ANGELIM

Endereço

RUA B, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CENTRO DE SAÚDE

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOIADOS**

Nome: CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 704672 SSP/PI

Mão: RAIMUNDA GOMES DA SILVA

Pat: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA, Nº 598

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9904-2044

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA B DO BAIRRO ANGELIM, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2011, MODELO 2012, COR AMARELA, PLACA ODY-95/0-PI, RENAVAN 379541297, PROPRIETÁRIO CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA, MOMENTO EM QUE TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, A QUAL TRAFEGAVA PELA MESMA VIA SÓ QUE EM SENTIDO CONTRÁRIO E QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SEM MOTIVO APARENTE, EFETUOU A CONVERSÃO PARA A VIA EM QUE TRAFEGAVA O NOTICIANTE, CAUSANDO ASSIM O ACIDENTE, RELATA AINDA O MESMO QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3979 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME: PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 492835, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPT da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA CPT: 286647953.04  
Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DORA OLIVEIRA Número: 598 Complemento:  
Bairro: MONTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210  
E-mail: Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (141)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1  
(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.

### 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 (assinale 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, concorrendo, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 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 o comprovante desta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado Local e Data: TERESINA 24 DE ABRIL 2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







( / )

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT  
Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: ODY9570 UF: PI CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
☒	2018	R\$185,50	Quitado	Atencao
☒	2017	R\$185,50	Quitado	Atencao

(\*) Motocicleta

Voltar

Imprimir

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294575/19

**Vítima:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 286.647.953-04

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA : 286.647.953-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

\_\_\_\_\_  
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

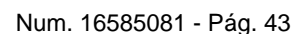
#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

\_\_\_\_\_  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT







**FEPISERH**  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafin, 2352-Centro

CEP:64.001-000 Teresina-PI,

CNPJ:06.553.564/0104-43



## RECEITUÁRIO

Nome:

*Ednan Soares Coutinho*

Data de Nascimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Atesto para os devidos fins  
que o paciente acima referido  
foi vítima de acidente notificado em  
data 28/10/18, evoluindo com fratura  
do peroneo distal  
Apresenta lesões de acordo  
de 50% da ADM coberta  
após.*

*87L*

Data:

*26, 05, 19*

MOD. 80-HGV

*Dr. Ayrana Soares Brito  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião da Coluna Vertebral  
CRM - PI 374615-8/2018*

Médico (assinatura e carimbo)





NOME DO PACIENTE: Sebastião Luiz Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492635

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

**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 Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 67390  
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

DETO

DR. GERAL

SUS SUS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	Prontuário:	492635
Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/06/1966	Idade:	52u4m22d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99042-044
Responsável:	O MESMO	CNS:	702308109715018
Profissão:	MOTOTAXISTA	CPE:	206.647.953-04 * RG: -
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	Desq./Divorciado(a):
End. Local:			

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	691212	Data:	28/10/2018 01:26:22	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	SUS	
Mod. Trab.:	S.O	Trajetória:	Sim	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

### DADOS CLÍNICOS:

Acidente sofrido em acidente motociclistico (moto - moto) na +/- 1 hora, vítima de acidente de trânsito. Vítima de acidente de trânsito, vítima de acidente de trânsito.

- (A) UA queimada, com coágulo sanguíneo
- (B) UA, viatura de trânsito, sem RA
- (C) BNC, 3T, 3C, acidente recente
- (D) diagnóstico = IS
- (E) apresenta um aneurisma

RAIMUNDA GOMES DA SILVA  
28.10.18  
Técnico

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

### CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito RX de tórax, RX de crânio e, RX de coluna C, RX de pé e

Glauco Rocha Silva  
Médico  
CRM-PI 7700

ALTA:	( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inalterado ( ) A Pedido	( ) Administrativa ( ) Por Indisciplina ( ) Por Evasão	( ) Retornar à Unid. Origem: ( ) Transferência:
ÓBITO:	( ) Até 24 hs ( ) De 24 a 48 hs ( ) Após 48 hs	( ) Família ( ) IML ( ) Anal. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : ( ) Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
DESTINO:			Prof. Solicitante Internação:

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT

Assinatura Paciente ou Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Carimbo- Assinatura - Profissional - BR  
SUS - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816

Número do documento: 21050714453801000000015652816

**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: 28/10/2018 01:31:13

(CARLOS ALBERTO)

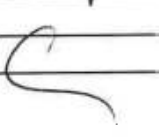
**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**


<b>Nome:</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 492635
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA		<b>Pai:</b>
<b>End. Resid.:</b> RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 06/06/1966	<b>Idade:</b> 52a4m22d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99042-044
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 732308109715018
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA		<b>Documento:</b> CPF: 266.647.953-04
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto		<b>E. Civil:</b> Desq./Divorciado(a)
<b>End. Local:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

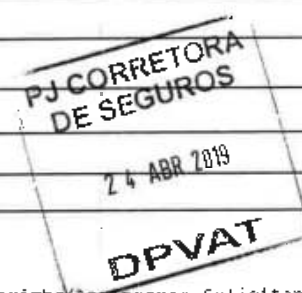
<b>Código:</b> 691212	<b>Data:</b> 28/10/2018 01:26:22	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMÁ EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> N U S

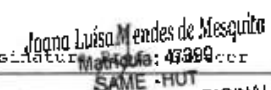
**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> 28/10/18 07:30	<b>ESPECIALISTA:</b> Intendente
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b> Fratura exposta de fêmur distal a esquerda Pn CC.	
 Dr. André Luís S. Joazeiro Carimbo/Assinatura Solicitante	

<b>DADOS DO PARECER:</b> Data/Hora: 28/10/18 22:35	<b>Car. Geral</b>
Paciente vítima de acidente motociclístico, lesões múltiplas, hemodinamicamente estável. Abdomen rígido sem alteração. Ao exame radiográfico não evidenciadas fraturas, nem lesões de articulação.	
cc: Exame clínico para CC para Carimbo/Assinatura	
 Glauco Rocha e Silva Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__	<b>ESPECIALISTA:</b>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>	
 PJ CORRETORA DE SEGUROS 24 ABR 2019 DPVAT Carimbo/Assinatura Solicitante	

<b>DADOS DO PARECER:</b> Data/Hora: __/__/__	
 Joana Luísa Mendes de Mesquita Carimbo/Assinatura Módulo: 47389ccr SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816

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

UETU

NOME <u>Carlos Luiz Pereira da Silva</u>	IDADE <u>      </u> anos	DATA <u>28/10/2018</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>07 hs 45 min</u>	TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO	
CIRURGIA REALIZADA <u>Fratura exposta de fêmur distal e</u>	CIRURGIÃO <u>André</u>	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120/76</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93</u>	
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>92%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Quione</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem sonolência	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	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"/>
	Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>[assinatura]</u>		

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	SONDA ( ) NASOG( ) NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
As 07h45h - Pac admitido no SRPA após no cirurgia  
de fratura exposta de fêmur distal e, consciente e orientado,  
do, dispneia, respirando ar ambiente, APV perfato, estável.


PRESCRIÇÃO MÉDICA	
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	

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

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
 24 ABR 2019  
 [assinatura]  
 Libório  
 Anestesiologista  
 471685





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



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Elso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO	492635
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	2301223
À CLÍNICA	Cardiologia		
<b>MOTIVO DA CONSULTA</b> Paciente 52 anos, com fratura exposta de fêmur. Malha gesso cirúrgico.			
DATA:	29/10/18	<div>Dr. Osvaldo Mendes Filho Gerente Médico Clínica Ortopedia - HUP CRM 2135-PI</div> <b>ASS. MÉDICO CONSULTANTE</b>	
<b>PARECER</b> Rejeito HOS/D. Mellin A C = neu em 27, R nu PA = 120/80 mmHg ECG = normal Beito não P/ procedimento ortopé			
<div>Joana Luisa Mendes de Mesquita Metrícula: 27390 SAME - HUP CONFERE COM O ORIGINAL</div> <div>Dr. Antonio Vieira de Jesus Cardiologista CRM: 2135-PI</div> <div>PJ CORRETORA DE SEGUROS 24 ABR 2019 DPVAT</div> <b>ASS. MÉDICO ESPECIALISTA</b>			

DATA:

30/10/18



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47398  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE:	Leandro Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	492635
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. André	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Est.	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Priscila	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Glaucilide	CPF Nº:	

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE Nº 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01					
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Obs.: 3 opções. 02 Nylon 3.0			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Kátia			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816

Num. 16585081 - Pág. 50



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

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47380  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: <u>Uelso Luiz Pereira da Silva</u>	Prontuário:	Data:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>52a</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fract. Fêmur distal - frct. angio</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>ANAMNESE</b>			
1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
- História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>EXAME FÍSICO</b>			
PA: <u>150/80</u>	Pulso: <u>92</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)	
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax	
ECG:			
ECO:			
ASA: <u>I</u> Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>RAQUÍ</u>			
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista:			
CRM: <u>Dr. Marcos Luciano Gusano</u> CRM - PI 5011 CRM - MA 7296			

VOD-722



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAMES - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Elisio Luiz Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Furúnculo exposto de perna do tolo (E)		
Operação - Tipo	MUC + Fixação externa transarticular		
Cirurgião	Dr. André Leal	3º Assistente	André Nogueira (R3)
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO


(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DDH sob monitorização
- 2) Assésia, antissépsia
- 3) colocação campos estéril
- 4) lavagem extensiva com SF 0,9%
- 5) colocação da fixação externa transarticular em M6
- 6) sutura ferimentos
- 7) curativo estéril.

Dr. André Luís Nogueira  
MEDICINA  
11.01.0030

Mod. 76 HUT



		FICHA DE ANESTESIA		FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome:	Celsa Lúcia Pereira da Silva			Sala:	
Procedimento:	Fratura de Fêmur distal - Raio X e cirurgia			Cirurgião:	ANDRÉ
Alergia:				Observações:	

Agências	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupr. 0.5%	01	12mg											
2 morfina	01	10mg											
3 midazolam	01	2.0mg											
4													
5 cefazolin	02	2g											
6 diclofen	01	100mg											
7 paracetamol	01	1000mg											
8 ceftriaxona	01	1000mg											
9 clonitaz	02	2g											
10 clonitaz	01	1000mg											
11 clonitaz	01	1000mg											
12													
13 clonitaz	01	1000mg											
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico 20G

☐ Cat. Venoso nº 6

☐ Dificuldade acen. venoso

☐ Gastos cateteres

☐ Central

Via Aérea

☒ Cateter nasal

☐ IOT nº

☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☒ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueio Periférico

☐ Outros

Decúbito: 20°

SP02 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia: insuf. venoclise. E, ara. punção  
lombor mediana em L3-L4  
com cf. 20 e ser intercostais

Dr. Celsa Lúcia Pereira da Silva  
Médico  
CRM 5081  
CPR MA 7296  
Anestesiologista





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4 CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018	8-Nascimento: 06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04
11-Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone: 86-99042-044
13-Resp: O MESMO			14-Fone: 86-99042-044
15-Endez: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408050519</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>
21-Cod. Mudança Procd. <b>0408050624</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILAR DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
27-COD. Pcia: <b>26-Diagnóstico: S724 Fratura da extremidade distal do fêmur</b>	28-COD. Sec. 1: <b>29-COD. Sec. 2:</b>

35-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Med. Solic.: <b>003.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em fêmur E

**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: <b>Marcondes Martins S. Moura</b> <b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b> <b>53-PI 1260 - CNS 17026395120001</b>
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(Ass. Carimbo)

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS  
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 144416  
ATH: 2218101810562

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

#### ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5828836

#### ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5828836

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

#### CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

#### NASCIMENTO

06/06/1966

#### PRONTUÁRIO

492635

#### SEXO

M

#### DOCUMENTO

TELEFONE

#### NOME DA MÃE

RAIMUNDA GOMES DA SILVA

#### RESPONSÁVEL

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

#### CEP

#### ENDEREÇO (LOGRADOURO)

RUA DOTA OLIVEIRA

#### NÚMERO / LOTE

598

#### BAIRRO

MONTE CASTELO

#### COMPLEMENTO

#### MUNICÍPIO

TERESINA

#### UF

PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR METAFÍSE DISTAL

#### CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

D408050624

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

#### CÓDIGO

D408050519

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR METAFÍSE DISTAL

#### CÓDIGO

D408050624

#### DIAGNÓSTICO INICIAL

#### CID 10 PRINCIPAL

S124

#### CID 10 SECUNDÁRIO

#### CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

#### PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma = fratura do fêmur B

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

#### NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

#### ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

#### CNS SOLICITANTE

#### DATA SOLICITAÇÃO

20/11/2018

### AUTORIZAÇÃO

#### NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TANIA MOREIRA ARAÚJO LEÃO

#### ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

#### CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

221560395290003

20/11/2018 14:01:17

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SAMS - HJT  
CONFERE COM O ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

225944  
No. da Autorização de Internação Hospitalar (AHI)

344436

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828056</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828056</b>	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635				
7-CNS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo:	Masculino	CPF:	286.647.953-04
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA					12-Fone:	86-99042-044
13-Resp:	O MESMO					14-Cor:	Sem Informação
15-End:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. TREG:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

FX Exposta Fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

AS Alim

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

MP- 0408050624

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Prim: **S723**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Processamento Solicitado: <b>0408050519</b>	29-Clinica: <b>02</b>	30-Caráter: Ident.: <b>01</b>	31-Docum.: <b>CPF</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>003.635.133-12</b>	Tempo 300 d
33 Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS</b>	34-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	35-Imbo Med.Sol.(CRM)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNEJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNEJ Empresa:	42-CNAE Empresa:	44-CBOP:
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:	48-Docum.: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Data de Emissão (Rg.Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				52-Data de Emissão (Rg.Conselho):

14018  
Marcondes Martins S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
50944 PI 1250 - CNS 17025395120001

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Médica - FMS  
SAME - HUT  
CONFERE COMO ORIGINAL

52-Data de Emissão (Rg.Conselho):  
Consultoria Local: 591212  
Consultoria SUS:  
Impressão: 28/10/2018 04:43:12



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 144416
	AIH: 2218101810562

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 3828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 3828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 06/06/1966	SEXO M	PRONTUÁRIO 492635
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA GOMES DA SILVA	RESPONSÁVEL CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 398
BAIRRO MONTES CASTELO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
FRATURA EM MMII

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S72.1 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FEMUR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 340850519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FEMUR	
LEITO/CLÍNICA ORTOPÉDICA/RAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO) ANDRÉ TAL DE VASCONCELOS CPF: 01.69513512 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 28/10/2018
DATA ADMISSÃO 28/10/2018 01:31	DATA ALTA 08/11/2018 18:07
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO	

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO) TANIA MOREIRA ARAÚJO CPF: 4786155915 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 25/10/2018 08:54:00
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635				
7-CVS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04		
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone:	86-99042-044		
13-Resp:	O MESMO			14-Fone:	86-99042-044		
15-End:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBS:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMMES - NF: nf</b>		

36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO</b>	48-Tp. Documento: <b>CPF</b>
39-Data Solicitação: <b>26/10/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>003.695.133-12</b>

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Dor e deformidade  
de caxa E.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Pg.Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>14089999999999999999</b> <b>Marcondes Martins S. Moura</b> <b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b> <b>53-Data Assinatura (Pg.Conselho):</b>

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



**PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda**  
**ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES**  
**COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.**  
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458  
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí  
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Celso Luiz Pereira da Silva

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: 492635 Data da Internação:   /  /  

Procedimento Médico Realizado: \_\_\_\_\_

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 28 / 10 / 18 DATA DA ALTA:   /  /  

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	<u>Fixador Tubo a Tubo.</u>
	<u>4 Barras (2 longas / 2 curtas)</u>
	<u>6 conectores (5 simples) / 1 duplo</u>
	<u>3 conectores duplos</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 28 de outubro de 2018  
Nome do Hospital: HUT

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

André Luiz de Vasconcelos  
Ortopedista - Cirurgião da Mão  
TEO 1307  
CRM - PI 4503

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SABE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL







# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

226661

N.º 1479 64

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

2- Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>226661</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário:	492635		
7-CNS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo:	Masculino	CPF:	286.647.953-04
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone:	86-99042-044		
13-Resp:	O MESMO			14-Cor:	Sem Informação		
15-Endere:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
10-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:			
Paciente apresentando queixas de fratura supracondiliana de fêmur (E)			
21 - Condições que justificam a internação:			
Necessidade de fto cirurgia			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
Rx Fratura grave de fêmur distal			
23-Diagnóstico Inicial:		24 CID Prim:	25-CID Sec.:
Fratura da extremidade distal do fêmur		S724	26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050624		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		Tempo SDR 4
29-Clinica: 02		30-Caráter: Ident.: 01		31-Docun.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 669.742.673-04
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AYRANA SOARES AIRES		34-Data Solicitação: 08/11/2018		35-Ass. Carimbo Mod.Sol. (CRM):

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	39- CNPJ Seguradora:	40- No. Bilhete:	41- Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42- CNPJ Empresa:	43- CNAE Empresa:	44- CBOE:
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:
48- Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49- Num. Documento:
50 - Assinatura Paciente ou Responsável:	51- Data Autorização: <b>08/11/2018</b>
	52- Assinatura Local: <b>641212</b>
	53- Assinatura SUS:
	54- Impresso: <b>08/11/2018 18:05:50</b>



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816>

Número do documento: 2105071445380100000015652816

Num. 16585081 - Pág. 60

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 147964
	III: 2218101817899

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828556
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828556

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 06/06/1966	SEXO M	PRONTUÁRIO 292835
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA GOMES DA SILVA	RESPONSÁVEL CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 533
BAIRRO MONTE CASTELO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EM MMQ

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

049803624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR META-FISE DISTAL

#### LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

ANDRÉ LUIZ DE VASCONCELOS

CPF: 00369513312

CRM:

#### CARÁTER

URGÊNCIA

#### DATA SOLICITAÇÃO

08/11/2018

#### DATA ADMISSÃO

08/11/2018 15:07

#### DATA ALTA

10/11/2018 09:00

#### MOTIVO ALTA

MELHORADO

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO / AUDITORIA
<p>LEONARDO ALEMEIDA FILHO</p> <p>CPF: 05589531334 CRM: DATA ANÁLISE: 08/11/2018 20:20:21</p>	<p>CPF: CRM: DATA ANÁLISE:</p>

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Médica: 47300  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNRS <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>226661</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018	8-Nascimento: 06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04
11-Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99042-044		
13-Resp: O MESMO	14-Fone: 86-99042-044		
15-Ende: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010			
17-Munic: TERESINA	17-Cod.TBGF: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:		
0408050624	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
0702030821	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS		1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE			

38-Profissional Responsável: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	40-No.Doc. Med. Solic.: <b>669.742.673-04</b>
39-Data Solicitação: <b>08/11/2018</b>	40-TP. Documento: <b>CPF</b>	40-No.Doc. Med. Solic.: <b>669.742.673-04</b>

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<b>Fratura Supracondiliana de Fêmur</b>
<b>Necessitando fixação interna.</b>

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF: <b>5828856 / 286.647.953-04</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>101218</b>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Meticular: 87390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/11/18

NOME DO PACIENTE: Celso Luiz Pereira de Silva	PRONTUÁRIO Nº: 492635
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raquel	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Laurindo Paulino Filho - 474	CPF Nº: 068972903-00
INSTRUMENTADORA: Jack	CRM/PI 474 CEP: 068.972.903-00

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	18	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	10		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	04	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 120	UNID.	01		Cocais		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Chluz		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Catheter Es		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupre		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Linha Estu G.T		01	
ALCOFIL				Phar Sog			
MONONYLON		20					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		0		CIRCULANTE			
PROLENE							

COORDENADOR: 880.107

Luísa Mendes de Mesquita  
Matrio: 47390  
SANE-HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816



**centro cirúrgico**

Num. 16585081 - Pág. 64



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

(OSPIT) DE URGÊNCIA DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA		492635	06/06/1966	52	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA		OBSERVAÇÕES						
10/11/18		09:00 - Paciente de alta hospitalar						
1 Dieta oral livre								
2 Leite salinizado								
4 Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs								
5 Rantidina 50mg _01 amp + AD EV 8/8hs								
6 Tramadol 100mg _01 amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
7 Keflin 1g 1 amp + AD EV 6/6h								
8 Plasil _01 amp + AD EV 8/8h S/N								
9 clexane 40mg 1amp SC 1X/DIA								
10 Curativos diários								
11 Cuidados gerais e sinais vitais								
Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47310 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL								
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Yuri Iwakotélla / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM 3415-7/01-20021 / CRM 2756-7/01-11105 / CRM 2367								



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (OSF) DE URGÊNCIA DE  
ESINA - HUT

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

[illegible]

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

[illegible]

TR0024-ESTCCT111024	:	COMB2300	:	CRM2765 TECO11-205	:	CRM5367
---------------------	---	----------	---	--------------------	---	---------



<http://tjpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816

# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
08/11/18	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE SANGUE	DOS. URÉIA				
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONquite
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS	SO-LUTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100	SEQUÊNCIA			
TEMPERATURA T	Cº	16:30			
P. ARTERIAL V O PULSO	38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	120				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80				
RESPIRAÇÃO O	20				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
Dr. Laurindo Faurino Filho		Dr. Laurindo Faurino Filho			
Médico Anestesiologista		Médico Anestesiologista			
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00		CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00			
PARTICULARIDADES		MÉDICO POS-OPERATÓRIO			


MOD 76 - HUT

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







NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LER O	MÉDICO ASSISTENTE
Alber Luis Pereira da S/Via 497635		Ortopédica	230	223	
DATA/HORA COMO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES	
08/11/18	# por fratura fêmur E SUPRA CONDILARNO			23:50' - Paciente no- tornou do ec em POI prático menor E.	
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA				
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS				
4	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8 h				
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h				
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h				
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN				
8	CUIDADOS GERAIS				
9	Chave 20g - 1ap, 5c, 1x/die				
0	 Mariana Mendes Vitor matrícula: 47390 CRM-P: 6252				

Jana Luiza Mendes Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME / HUF  
SE COMO ORIGINAL

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

NOME Carlos Luis Pereira da Silva IDADE anos DATA 08/11/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Prost. de Glândula Inguinal CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>88/67</u>	<u>104/70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>86</u>
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elaine</u>	<u>A</u>

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

RAIO-X REALIZADO

DATA 08/11/2018

CONDIÇÃO

( ) SONDAS VESICAIS	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG	NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

20:25 Admissão na RPA no pós de pré-anest. 100% Sat. SpO<sub>2</sub> de  
anestesia raque. consciente. Respirando espontaneamente. Dem

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME/HUT  
 CONFERE COMO ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Valter M. Gineco Filho  
 Anestesiologista  
 CRM-P 5079

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] JORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816

Número do documento: 21050714453801000000015652816



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ottonio Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3018 5445

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 482635)  
Endereço: **RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
Nascimento: 06/08/1968 Idade: 52a4m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 691212  
Requisição: 887131 Solicitação: 28/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1099693 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 28/10/2018

### COXA ESQUERDA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em: pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA COMINUTIVA NA DIÁFISE DISTAL DO FÊMUR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SANE-SHUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Oito 1820 - Madrugada - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA - PI CEP: 64019-770 CNPJ: 08.322.917/1072-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225944  
Requisição: 889893 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
Controle: 1103305 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPIÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 07/11/2018

**T.C. DE JOELHO ESQUERDO**

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMINUTIVA COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR NA PORÇÃO DISTAL DO FÊMUR.
- FRATURA COMINUTIVA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL LATERAL E AS EMINÊNCIAS INTERCONDILIANAS.
- HEMOARTROSE DE MODERADO VOLUME.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/11/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353  
Profissional Responsável



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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3216 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
Controle: 1103708 Convênio: S U S CLINICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 08/11/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

**Conclusão:**

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SANE - 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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
Controle: 1103709 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 08/11/2018

### JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

#### Conclusão:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAMÉ - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS**  
**CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR**

CLIENTE...:90088 CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

CNS: 898002935234199

IDADE.....:52 anos

REQ:

MÉDICO ...:AYRANA SOARES ARES

DATA EXAME: 21/01/2019

SEXO.....:

CONVÊNIO: SUS

**RX DO JOELHO ESQUERDO**

**ACHADOS:**

Redução da mineralização óssea difusamente.

Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Redução da mineralização óssea difusamente.

- Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

- Aumento de partes moles.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Igor Nelva de Moura Santos Cordeiro  
CRM 4058

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ilhotas  
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí  
Telefone / Fax: 3198-1500  
CNPJ: 07.995.466/0001-13  
E-mail: ceir@ceir.org.br





58.3%



06/06/1966  
21/01/2019 10:31

58.3%

CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA,  
900388



AV. HIGIENO CUNHA 1515 - ILHOTAS - TELEFONE (82) 3198-1500





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 1538767607  
 O TITULO NACIONAL  
 VALIDA EM TODO

CELMO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
 CPF 704672 BPP PT  
 288.647.953-04 06/06/1966

TELEFON  
 JOSE PEREIRA DA SILVA  
 RAIMUNDA GOMES DA SILVA

1538767607  
 01150433529 06/10/2019 16/01/1985

LOCAL  
 TERESINA - PI  
 04446336795  
 72315413240

PIAUÍ

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 24 APR 2019  
 DPVAT







Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código BGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte, 02 - Agressão física-espantamento, 03 - Agressão física-FAF, 04 - Agressão física-FAB, 05 - Urgência psiquiátrica, 06 - Tentativa de suicídio, 07 - Envenenamento, 08 - Afogamento, 09 - Queimadura, 10 - Choque elétrico, 11 - Queda, 12 - Urgência clínica, 13 - Urgência obstétrica, 14 - Transferência, 15 - Exames complementares, 16 - Outros, 17 - Já removido, 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre, 2 - Condutor, 3 - Passageiro, 9 - Ignorado	1 - A pé, 2 - Automóvel, 3 - Motocicleta, 4 - Bicicleta, 5 - Ônibus/Micro-ônibus, 6 - Outro, 9 - Ignorado	1 - Automóvel, 2 - Motocicleta, 3 - Ônibus/Micro-ônibus, 4 - Bicicleta, 5 - Objeto fixo, 6 - Animal, 7 - Outra, 9 - Ignorado	Capacete, Airbag, Cinto de segurança, Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	4 - Espontânea, 3 - À voz, 2 - À dor, 1 - Nenhuma, 5 - Orientada, 4 - Confusa, 3 - Palavras inapropriadas, 2 - Palavras incompreensíveis, 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos, 5 - Localiza dor, 4 - Movimento de retirada, 3 - Flexão anormal, 2 - Extensão anormal, 1 - Nenhum		Pulso, Resp., PA, TAX, SatO2
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
	1 - Iguais, 2 - Desiguais	1 - Cheio, 2 - Fino, 3 - Ausente	1 - Sim, 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Exposta, 4 - Fechada	
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	1 - Aspiração, 2 - Prancha longa/curta, 3 - Imobilização de extremidades, 4 - Reanimação cardiopulmonar, 5 - Assistência obstétrica, 6 - Glicemia, 7 - Acesso Venoso, 8 - Medicamentos a), b)		33 Condições de entrada, 34 Óbito		
Observações Interdisciplinares	35 Observações Interdisciplinares				
	Responsável pela recepção, Socorristas Médico, AE/TE, Enfermeiro, Condutor				

27.11.2011



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001420/2019-91**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 16/04/2019 - 08:31

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

28/10/2018 - 00:05

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA B, Nº:

Complemento

Bairro

ANGELIM

Ponto de Referência

CENTRO DE SAÚDE

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 704672 SSP/PI

Mão: RAIMUNDA GOMES DA SILVA

Pat: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA, Nº 598

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9904-2044

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA B DO BAIRRO ANGELIM, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2011, MODELO 2012, COR AMARELA, PLACA ODY-95/0-PI, RENAVAN 379541297, PROPRIETÁRIO CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA, MOMENTO EM QUE TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, A QUAL TRAFEGAVA PELA MESMA VIA SÓ QUE EM SENTIDO CONTRÁRIO E QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SEM MOTIVO APARENTE, EFETUOU A CONVERSÃO PARA A VIA EM QUE TRAFEGAVA O NOTICIANTE, CAUSANDO ASSIM O ACIDENTE, RELATA AINDA O MESMO QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3979 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME: PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 492835, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 286.647.953-04 Nome completo da vítima: CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA CPF: 286.647.953-04  
Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DORA OLIVEIRA Número: 598 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: MUNTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (141)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 606 013 CONTA: 00087671 1  
(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.

### 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, concorrendo, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ 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 punição de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: TERESINA 24 DE ABRIL 2019  
Nome: CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 286.647.953-04 Nome completo da vítima: CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA CPF: 286.647.953-04  
Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DORA OLIVEIRA Número: 598 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: MUNTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (141)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 606 013 CONTA: 00087671 1  
(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.

### 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, concorrendo, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 punição de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: TERESINA 24 DE ABRIL 2019  
Nome: CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340188/19

**Vítima:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 286.647.953-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/10/2018

**Titular do CPF:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA 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

**CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA : 286.647.953-04**

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](http://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: 01/10/2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL





Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

( / )

Buscar no site

A

COMPANHIA ▾

SEGURO  
DPVAT ▾PONTOS DE  
ATENDIMENTO  
(/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE  
DADOS E  
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE  
IMPRESSA ▾TRABALHE  
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: ODY9570 UF: PI CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
☐	2018	R\$185,50	Quitado	<i>Atencao</i>
☐	2017	R\$185,50	Quitado	<i>Atencao</i>

(\*) Motocicleta

Voltar

Imprimir

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A ○

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>

1/3



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN

DETRAN - PI 9020170487596 Nº 013936793840  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 379541297 CDD RENAVAM 1 379541297 RUTRO 2018

CEL SO LUIZ PEREIRA DA SILVA

28664795304 00Y-9570

PLACA ANT / UF 902JC4110CR439985

PAS/MOTOCICLO/NEINHUJA COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2011 2012

002P/124CC ALUGUEL ATARELA

1ª IPVA 2ª

3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,70

PREMIO TOTAL (R\$) 0,70

DATA DE PAGAMENTO 1/4/2019

TERESINA

PI Nº 013936793840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

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

VIA 1 28664795304 00Y-9570

PLACA 902JC4110CR439985

HONDA/CG 125 FAN KS 2011 2012

002P/124CC ALUGUEL ATARELA

1ª IPVA 2ª

3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,70

PREMIO TOTAL (R\$) 0,70

DATA DE PAGAMENTO 28/03/2019

SEGURO LIDER - DPVAT

CRPJ 08.548.454/0001-04

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT



FEPISERH  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafin, 2352-Centro

CEP:64.001-000 Teresina-PI,

CNPJ:06.553.564/0104-43



## RECEITUÁRIO

Nome:

*Ednan Soares Coutinho*

Data de Nascimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atesto para os devidos fins  
que o paciente acima referido  
foi vítima de acidente automobilístico  
de 28/10/18, evoluindo com fratura  
do peroneo distal  
Apresenta lesões de acordo  
de 50% da ADM coberta  
segundo 87L

Data:

26, 05, 19

MOD. 80-HGV

Dr. Ayrana Soares, M.D.S  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM - PI 374615-8/2018

Médico (assinatura e carimbo)





NOME DO PACIENTE: Sebastião Luiz Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492635

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

**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 Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 67390  
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

DETO

DR. GERAL

SUS SUS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	Prontuário:	492635
Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/06/1966	Idade:	52u4m22d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99042-044
Responsável:	O MESMO	CNS:	702308109715018
Profissão:	MOTOTAXISTA	CPE:	206.647.953-04 * RG: -
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	Desq./Divorciado(a):
End. Local:			

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	691212	Data:	28/10/2018 01:26:22	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	SUS	
Mod. Trab.:	S.O	Trajetória:	Sim	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

### DADOS CLÍNICOS:

Acidente súbito, de natureza motociclistica (moto - moto) na 1ª hora, vítima de acidente de trânsito. Vítima de acidente de trânsito, vítima de acidente de trânsito.

- (A) UA simples, com colar cervical
- (B) UA, com colar cervical, sem RA
- (C) BNC, 3T, 3C, acidente recente
- (D) traumatismo = 15
- (E) produzir um am. e

PA: 120/80  
PULSO: 78  
TEMP: 36,5  
TÉCNICO: [assinatura]

PA: 120/80 mmHg	Pulso: 78 bpm	Temp.: 36,5	CID:
Diagnóstico Inicial:			

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito RX de tórax, RX de coluna C, RX de coluna L, RX de pé e

ALTA:	( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inalterado ( ) A Pedido	( ) Administrativa ( ) Por Indisciplina ( ) Por Evasão	( ) Retornar à Unid. Origem: ( ) Transferência:
ÓBITO:	( ) Até 24 hs ( ) De 24 a 48 hs ( ) Após 48 hs	( ) Família ( ) IML ( ) Anal. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : ( ) Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
DESTINO:		Prof. Solicitante Internação:	

Glauco Rocha Silva  
Médico  
CRM-PI 7700

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

Joana Luisa Mendes de Mesquita

Carimbo- Assinatura - Profissional - BR

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: 28/10/2018 01:31:13

(CARLOS ALBERTO)

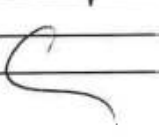
**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**


<b>Nome:</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 492635
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 06/06/1966	<b>Idade:</b> 52a4m22d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99042-044
<b>Responsável:</b> O MESMO	<b>CNS:</b> 732308109715018	
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA	<b>Documento:</b> CPF: 286.647.953-04	
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto	<b>E. Civil:</b> Desq./Divorciado(a)	
<b>End. Local:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

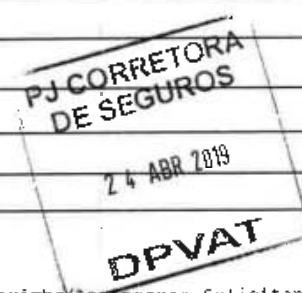
<b>Código:</b> 691212	<b>Data:</b> 28/10/2018 01:26:22	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMÁ EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> N U S


**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> 28/10/18 02:30	<b>ESPECIALISTA:</b> Intendente
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b> Fratura exposta de fêmur distal a esquerda Pn CC.	
 Dr. André Luís S. Joazeiro Carimbo/Assinatura Solicitante	

<b>DADOS DO PARECER:</b> Data/Hora: 28/10/18 02:30	<b>Car. Geral</b>
Paciente vítima de acidente motociclístico, lesões múltiplas, hemodinamicamente estável. Abdomen rígido sem alteração. Ao exame radiográfico não evidenciadas fraturas, nem lesões de articulação.	
cc: Exame clínico para CC para cirurgia ortopédica	
 Glauco Rocha e Silva Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__	<b>ESPECIALISTA:</b>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>	
 24 ABR 2019 DPVAT Carimbo/Assinatura Solicitante	

<b>DADOS DO PARECER:</b> Data/Hora: __/__/__	
 Carimbo/Assinatura Joana Luísa Mendes de Mesquita Médica: 47389-ccr SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816

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

UETU

NOME <u>Carlos Luiz Pereira da Silva</u>	IDADE <u>      </u> anos	DATA <u>28/10/2018</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>07 hs 45 min</u>	TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO	
CIRURGIA REALIZADA <u>Fratura exposta de fêmur distal e</u>	CIRURGIÃO <u>André</u>	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120/76</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93</u>	
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>92%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Quione</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem sonolência	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	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"/>
	Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>[assinatura]</u>		

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) NASOG( ) NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
As 07h45h - Pac admitido no SRPA após no cirurgia  
de fratura exposta de fêmur distal e, consciente e orientado,  
ele, dispneia, respirando ar ambiente, APV perfato, estável.


PRESCRIÇÃO MÉDICA	
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	

Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT COPIA COM O ORIGINAL	DATA SRPA HORÁRIO	PJ CORRETORA DE SEGUROS 24 ABR 2019 LIBÓRIO ANESTESIOLOGISTA
--	----------------------	---



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816

Número do documento: 2105071445380100000015652816

Num. 16585081 - Pág. 91





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



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Elso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO	492635
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	2301223
À CLÍNICA	Cardiologia		
<b>MOTIVO DA CONSULTA</b>  Paciente 52 anos, com fratura exposta de fêmur. Malha gesso cirúrgico.			
DATA: 29/10/18		<div>Dr. Osvaldo Mendes Filho Gerente Médico Clínica Ortopedia - HUT CRM 2135-PI</div> ASS. MÉDICO CONSULTANTE	
<b>PARECER</b>  Rejeito aos/diagnósticos A - 2 - na 27, R - nu PA = 120/80 mmHg ECG = normal  Beito não P/ procedimento ortopé			
DATA: 30/10/18		<div>Joana Luisa Mendes de Albuquerque Metrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</div> ASS. MÉDICO ESPECIALISTA	
		<div>PJ CORRETORA DE SEGUROS 24 ABR 2019 DPVAT</div>	



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matriculada 47398  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE:	Leandro Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	492635
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. André	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Est.	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Priscila	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Glaucilide	CPF Nº:	

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE Nº 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01					
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Obs.: 3 opções. 02 Nylon 3.0			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Kátia			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816

Num. 16585081 - Pág. 93



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

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47380  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: <u>Uelso Luiz Pereira da Silva</u>	Prontuário:	Data:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>52a</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fract. Fêmur distal - fratura aberta</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>ANAMNESE</b>			
1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
- História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>EXAME FÍSICO</b>			
PA: <u>150/80</u>	Pulso: <u>92</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)	
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____		
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax	
ECG:			
ECO:			
ASA: <u>I</u> Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>RAQUÍ</u>			
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista:			
CRM: <u>Dr. Marcos Luciano Gusano</u> CRM - PI 5011 CRM - MA 7296			

VOD-722

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAMES - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



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


## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente			Elisio Luiz Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório			Fístula exposta de fêmur do fêmur (E)		
Operação - Tipo			MUC + Fixação externa transarticular		
Cirurgião		2º Assistente		3º Assistente	
Dr. André Luiz				André Nogueira (R3)	
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)		Anestesiologista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
1) Paciente em DDH sob raquiomedula 2) Assisssia, antississsia 3) colocação campos estereis 4) lavagem extensiva com SF 0.9% 5) colocação da fixação externa transarticular em MUE 6) sutura ferimentos 7) curativo estéril.					
Dr. André Luiz Nogueira MEDICINA 11.01.0030					

Mod. 76 HUT



		FICHA DE ANESTESIA		FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome:	Celso Luiz Pereira da Silva			Sala:	
Procedimento:	Fratura de fêmur distal - tração e fixação			Cirurgião:	ANDRÉ
				Alergia:	
				Observações:	

Agências	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupr. 0.5%	01	12mg											
2 morfina	01	10mg											
3 midazolam	01	2.0mg											
4													
5 cefazolin	02	2g											
6 diclofen	01	100mg											
7 paracetamol	01	1000mg											
8 cefepime	01	1g											
9 clonitaz	02	2g											
10 clonitaz	01	100mg											
11 clonitaz	01	100mg											
12													
13 clonitaz	01	100mg											
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico 20G

☐ Cat. Venoso nº 6

☐ Dificuldade acen. venoso

☐ Gastos cateteres

☐ Central

Via Aérea

☒ Cateter nasal

☐ IOT nº

☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☒ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueio Periférico

☐ Outros

Decúbito: D14

SP02 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia: anest. venoclise. E, ara. punção lombar mediana em L3-L4 com cf. 20G sem intercorrências

Dr. Celso Luiz Pereira da Silva  
Médico  
CRM-MA 5081  
7296

Anestesiologista





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4 CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018	8-Nascimento: 06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04
11-Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone: 86-99042-044
13-Resp: O MESMO			14-Fone: 86-99042-044
15-Endez: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408050519</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>
21-Cod. Mudança Procd. <b>0408050624</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILAR DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
27-Cód. Pac.: <b>5724</b>	26-Diagnóstico: <b>Fratura da extremidade distal do fêmur</b>

35-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Med. Solic.: <b>003.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em fêmur E

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>Marcondes Martins S. Moura</b> <b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b> <b>53-PI 1260 - CNS 17026395120001</b>
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(Ass. Carimbo)

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS  
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 144416  
ATH: 2218101810562

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

#### ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUII

CNES

5828836

#### ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUII

CNES

5828836

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

#### CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO

06/06/1966

PRONTUÁRIO

492635

SEXO

M

#### DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

RAIMUNDA GOMES DA SILVA

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

#### CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

NÚMERO / LOTE

RUA DOTA OLIVEIRA

598

#### BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

MONTE CASTELO

TERESINA

PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR METAFÍSE DISTAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

D408050624

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CÓDIGO

D408050519

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR METAFÍSE DISTAL

CÓDIGO

D408050624

#### DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

S129

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

#### PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma = fratura do fêmur B

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

#### NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

#### CNS SOLICITANTE

DATA SOLICITAÇÃO

20/11/2018

### AUTORIZAÇÃO

#### NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TANIA MOREIRA ARAÚJO LEAO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

221560395290003

20/11/2018 14:01:17

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SAMS - HUII  
CONFERE COM O ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

225944  
No. da Autorização de Internação Hospitalar (AHI)

344436

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828056</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828056</b>	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635				
7-CRS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo:	Masculino	CPF:	286.647.953-04
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA					12-Fone:	86-99042-044
13-Resp:	O MESMO					14-Cor:	Sem Informação
15-Endr:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. TREG:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

FX Exposta Fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

AS Alim

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

MP- 0408050624

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Prim: **S723**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo SUS
0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR		4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:	Carimbo de Vencimento 28/10/2018 Carimbo de Vencimento da Med 27/10/2018 - 01:49:03
	02 01 CPF 003.635.133-12	
33 Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS 28/10/2018		Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Docum.: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Data Vencimento: <b>28/10/2018</b>	51-Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data Vencimento: <b>28/10/2018</b>
53 - Assinatura Paciente ou Responsável:						54-Data Vencimento: <b>28/10/2018</b>

14018  
Marcondes Martins S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
50944 PI 1250 - CNS 17025395120001

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Médica - FMS - Teresina  
SAMEC - HUT  
CONFERE COMO ORIGINAL

Usuário: **LAYLA MORAIS**  
Consulta Local: **591212**  
Consulta SUS:  
Impressão: **28/10/2018 04:43:12**





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 144416
	AIH: 2218101810562

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 3828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 3828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 06/06/1966	SEXO M	PRONTUÁRIO 492635
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA GOMES DA SILVA	RESPONSÁVEL CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE 398
BAIRRO MONTES CASTELO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
FRATURA EM MMII

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S72.1 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 340850519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR	
LEITO/CLÍNICA ORTOPÉDICA/RAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO) ANDRÉ TAL DE VASCONCELOS CPF: 01.69513512 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 28/10/2018
DATA ADMISSÃO 28/10/2018 01:31	DATA ALTA 08/11/2018 18:07
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO	

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO) TANIA MOREIRA ARAÚJO CPF: 4786155915 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 25/10/2018 08:54:00
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

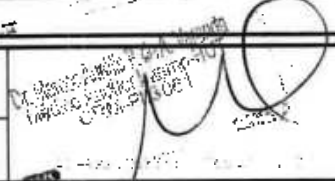
1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635				
7-CVS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04		
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone:	86-99042-044		
13-Resp:	O MESMO			14-Fone:	86-99042-044		
15-End:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBS:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMMES - NF: nf</b>		

36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO</b>	46-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>26/10/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>003.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Dor e deformidade  
de caxa E.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Pg.Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>1408050624</b> <b>Marcondes Martins S. Moura</b> <b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b> <b>53-Data: 26/10/2018 - CNS 17125395120001</b>

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





**PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda**  
**ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES**  
**COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.**  
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458  
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí  
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Celso Luiz Pereira da Silva

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: 492635 Data da Internação:   /  /  

Procedimento Médico Realizado: \_\_\_\_\_

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 28 / 10 / 18 DATA DA ALTA:   /  /  

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	<u>Fixador Tubo a Tubo.</u>
	<u>4 Barras (2 longas / 2 curtas)</u>
	<u>6 conectores (5 simples) / 1 duplo</u>
	<u>3 conectores duplos</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 28 de outubro de 2018  
Nome do Hospital: HUT

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

André Luiz de Vasconcelos  
Ortopedista - Cirurgião da Mão  
TEO 1307  
CRM - PI 4503

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SABE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

226661

N.º 1479 64

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

2- Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>226661</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018	8-Nascimento: 06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04
11-Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99042-044		
13-Resp: O MESMO	14-Cor: Sem Informação		
15-Endere: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - 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:			
Paciente apresentando queixas de fratura supracondiliana de fêmur (E)			
21 - Condições que justificam a internação:			
Necessidade de fixo cirúrgico			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
Rx Fratura grave de fêmur distal			
23-Diagnóstico Inicial:		24 CID Prim:	25-CID Sec.:
Fratura da extremidade distal do fêmur		S724	26-CID C.Aux.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050624		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		Tempo SDR 4
29-Clinica: 02		30-Caráter: Ident.: 01	31-Docun.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 669.742.673-04
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AYRANA SOARES AIRES			34-Data Solicitação: 08/11/2018	
35-Ass. Carimbo Mod.Sol.(CRM):				

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	39- CNPJ Seguradora:	40- No. Bilhete:	41- Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42- CNPJ Empresa:	43- CNAE Empresa:	44- CBOE:
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:
48- Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49- Num. Documento:
50 - Assinatura Paciente ou Responsável:	51- Data Autorização: <b>08/11/2018 18:05:50</b>



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816>

Número do documento: 2105071445380100000015652816

Num. 16585081 - Pág. 103

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 147964
	III: 2218101817899

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828556
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828556

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO</b> 06/06/1966	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 292835
<b>DOCUMENTO</b>	<b>CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>RESPONSÁVEL</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NÚMERO / LOTE</b> 533
<b>BAIRRO</b> MONTE CASTELO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
FRATURA EM MM

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
049803624 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR META-ÍSE DISTAL

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO) DO CONSELHO</b>  ANDRÉ LUIZ DE VASCONCELOS CPF: 00369513312 CRM:	
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 08/11/2018		
<b>DATA ADMISSÃO</b> 08/11/2018 15:07	<b>DATA ALTA</b> 10/11/2018 09:00	<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO</b>  HENRIQUE ALCANTARA FILHO CPF: 05580631334 CRM:		<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO / AUDITORIA</b>  CPF: CRM: DATA ANALISE:	

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47300  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNRS <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>226661</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 492635				
7-CNS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04		
11-Mãe:	RAIMUNDA GOMES DA SILVA			12-Fone: 86-99042-044			
13-Resp:	O MESMO			14-Fone: 86-99042-044			
15-Ende:	RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010						
7-Munic:	TERESINA	17-Cod.TBGF:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050624		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
0702030821	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS		
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE			

38-Profissional Responsável: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	40-No.Doc. Med. Solic.: <b>669.742.673-04</b>
39-Data Solicitação: <b>08/11/2018</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	40-No.Doc. Med. Solic.: <b>669.742.673-04</b>

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<b>Fratura Supracondiliana de Fêmur</b>
<b>Necessitando fixação interna.</b>

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF: <b>5828856 / 286.647.953-04</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>5828856 / 286.647.953-04</b>
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Meticular: 87390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/11/18

NOME DO PACIENTE: Celso Luiz Pereira de Silva	PRONTUÁRIO Nº: 492635
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raquel	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Laurindo Paulino Filho - 474	CPF Nº: 068972903-00
INSTRUMENTADORA: Jack	CRM/PI 474 CEP: 068.972.903-00

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	18	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	10		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	04	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 120	UNID.	01		Cocais		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Chluz		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Catheter Es		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupre		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Linha Estu G.T		01	
ALCOFIL				Phar Sog			
MONONYLON		20					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		0		CIRCULANTE			
PROLENE							

COORDENADOR: 800.107

Luís Mendes de Mesquita  
Matriкул: 47390  
SANE-HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050714453801000000015652816>

Número do documento: 21050714453801000000015652816



**centro cirúrgico**

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Supracondílea de Fêmur (L)

Cirurgião Dra. Agnora 1º Assistente D. Manoel (R)

3° Assistente

Anestesia: A. L. Rowling

gia

Medico Anestesiologo 068.972.903

## Inicio

Firm

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

### Acidente Durante a Operação

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

Delet an DDH sub requaetio.

② *Asplenium* + *Asplenium* + *Colocasia* & *Asplenium*

① Ordinade 2 Funcões Exatas + Teoria Interp em

also ③ + Disubstituted on Janos + H<sub>2</sub>O

④ Redução de fragmentos de fauna distal - Colocar de

Perifero DHS + placa + periferico. ③ Revisiune de solari  
(65) + colorare de fier + Sinter Plac + Curat

Dra. Ayrane Soares Aires  
Ortopedia e Traumatologia  
CIRURGIA DA COLUMNA VERTEBRAL  
CRM-PE 3746 CRM-MA 3546 TEOT 1348

Jovana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Mod. 76 HUT







UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

(OSPIT) DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		492635	06/06/1966	52	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DI : 28/10/2018	FRACT. EXPOSTA FEMUR DISTAL							
10/11/18								
1	Dieta oral livre							
2	Feito salinizado							
4	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Ranitidina 50mg _01 amp + AD EV 8/8hs							
6	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Plasil _01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Clexane 40mg 1amp SC 1X/DIA							
10	Curativos diários							
11	Cuidados gerais e sinais vitais							
<div>Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47310 SAMU - HUT CONFERE COM ORIGINAL</div>								
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Yuri Ibarra de Sá / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM 3415-7/01-2021 / CRM 2756-7/01-11/05 / CRM 2367								



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816>

Número do documento: 2105071445380100000015652816



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

( OSF ) L DE URGÊNCIA DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC		IDADE	CÚNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		492635		06/06/1966		52	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA									
09/11/18	PRAT. EXPOSTA FEMUR DISTAL									
1	Dieta oral livre Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRP: 3716									
2	Jelco salinizado									
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs									
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs									
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN									
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h									
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N									
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA									
10	Curativos diários									
11	Cuidados gerais e sinais vitais									
<i>João Luis Mendes de Vasconcelos</i>										
CONFERE COMO ORIGINAL										
João Luis Mendes de Vasconcelos Matrícula: 47390 SAME - HUT										
Dr. Ronaldo S. Vasconcelos / Dr. Paulo H. L. Resaca Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia										
CRM/PA 57671/2018 / CRM/PA 2308 / CRM/PA 2308 / CRM/PA 2308										



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816>

Número do documento: 2105071445380100000015652816

## FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
08/11/18	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE SANGUE					DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<p>→ 40% / 100% (cateter central)</p> <p>SfO<sub>2</sub> 98</p> <p>pot-pot-pot</p> <p>16:30</p>			TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-LUTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				SEQUÊNCIA
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10	<p>Bupivacaína 100</p> <p>Neocad 100</p> <p>Drupacel 100</p> <p>Dipriva 200</p> <p>Dexomet 100</p> <p>Rapa 100</p> <p>Ritoprop 100</p> <p>Tenex 100</p> <p>Epil 100</p> <p>Alumina 100</p>		
P. ARTERIAL V O PULSO	38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
Dr. Laurindo Faurino Filho		Dr. Laurindo Faurino Filho			
Médico Anestesiologista		Médico Anestesiologista			
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00		CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00			
PARTICULARIDADES		MÉDICO POS-OPERATÓRIO			

MOD 76 - HUT

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816

Número do documento: 2105071445380100000015652816

Num. 16585081 - Pág. 110

NOME DO PACIENTE Cleber Luis Pereira da Silva 492635	PRONTUÁRIO 492635	CLÍNICA Ortopédica	ENF. QUAP 230	LEIO 2023	MEDICO ASSISTENTE
DATA/HORA 08/11/18		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA # por fratura fêmur (E) SUPRA CONDILIANO		OBSERVAÇÕES 23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
1 DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIOS			
2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
4 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD EV 8/8 h		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
8 CUIDADOS GERAIS		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
9 Clavex 70mg - 1ap, 5c, 1x (du)		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
0		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
10		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
11		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
12		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
13		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
14		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
15		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
16		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
17		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
18		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
19		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
20		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
21		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
22		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
23		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
24		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
25		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
26		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
27		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
28		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
29		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
30		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
31		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
32		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
33		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
34		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
35		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
36		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
37		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
38		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
39		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
40		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
41		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
42		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
43		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
44		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
45		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
46		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
47		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
48		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
49		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
50		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
51		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
52		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
53		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
54		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
55		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
56		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
57		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
58		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
59		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
60		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
61		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
62		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
63		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
64		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
65		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
66		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
67		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
68		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
69		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
70		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
71		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
72		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
73		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
74		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
75		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
76		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
77		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
78		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
79		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
80		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
81		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
82		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
83		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
84		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
85		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
86		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
87		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
88		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
89		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
90		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
91		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
92		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
93		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
94		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
95		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
96		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
97		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
98		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
99		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			
100		23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur E			

Joana Luiza Mendes Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME / HUF  
 CONFERE COM O ORIGINAL

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

NOME Elisa Luis Pereira da Silva IDADE anos DATA 08/11/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Rede de Glândula Inguinal CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>88/67</u>	<u>104/70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>86</u>
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elisa</u>	<u>Al</u>

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

( ) SONDAS VESICAIS	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORÁCICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOGÁSTRICA	NASOGÁSTRICA
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

20:25 Admissão na RPA no 1º de pré-anestesia. Paciente em posição de decúbito lateral. Anestesia raque consentida. Respirando espontaneamente. Dem.

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME/HUT  
 CONFERE COMO ORIGINAL

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Valter M. Gineiro Filho  
 Anestesiologista  
 CRM-P 5079

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] JORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/05/2021 14:45:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105071445380100000015652816

Número do documento: 2105071445380100000015652816

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Ottonio Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3018 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 482635)  
Endereço: **RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
Nascimento: 06/08/1968 Idade: 52a4m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 691212  
Requisição: 887131 Solicitação: 28/10/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1099693 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 28/10/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em: pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA COMINUTIVA NA DIÁFISE DISTAL DO FÊMUR.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SANE-SHUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Oito 1820 - Madrugão - Fone: 86 3218 5445

TERESINA - PI CEP: 64019-770 CNPJ: 08.322.917/1072-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225944  
 Requisição: 889893 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
 Controle: 1103305 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPIÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 07/11/2018

**T.C. DE JOELHO ESQUERDO**

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMINUTIVA COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR NA PORÇÃO DISTAL DO FÊMUR.
- FRATURA COMINUTIVA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL LATERAL E AS EMINÊNCIAS INTERCONDILIANAS.
- HEMOARTROSE DE MODERADO VOLUME.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/11/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3216 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
 Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYSANA SOARES AIRES  
 Controle: 1103708 Convênio: S U S CLINICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 08/11/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

**Conclusão:**

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula 47390  
 SANE - 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: 06.522.917/0002-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
Controle: 1103709 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 08/11/2018

### JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

#### Conclusão:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAMÉ - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS**  
**CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR**

CLIENTE...:90088 CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

CNS: 898002935234199

IDADE.....:52 anos

REQ:

MÉDICO ...:AYRANA SOARES ARES

DATA EXAME: 21/01/2019

SEXO.....:

CONVÊNIO: SUS

**RX DO JOELHO ESQUERDO**

**ACHADOS:**

Redução da mineralização óssea difusamente.

Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Redução da mineralização óssea difusamente.

- Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

- Aumento de partes moles.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Igor Nelva de Moura Santos Cordeiro  
CRM 4058

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ilhotas  
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí  
Telefone / Fax: 3198-1500  
CNPJ: 07.995.466/0001-13  
E-mail: ceir@ceir.org.br





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 1538767607  
 O TITULO NACIONAL  
 VALIDA EM TODO

CELMO LUIZ FREIRE DA SILVA  
 CPF 704672 B2P 91  
 288.647.953-04  
 06/06/1966

TELEFONE  
 JORGE FREIRE DA SILVA  
 RAIMUNDA GOMES DA SILVA

PROFISSÃO  
 AGRICULTOR  
 AGRICULTOR

DATA DE NASCIMENTO  
 06/06/1966  
 16/05/1985

LOCAL  
 TERESINA - PI  
 AGRICULTOR

1538767607  
 04446336795  
 72315413240

PIAUÍ

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 24 APR 2019  
 DPVAT





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/PA - Teresina - PI  
CNPJ nº 04.744.000/01-01 Insc. Estadual: 12.301.125-0  
Nota Fiscal / Cópia de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto de Renda para 2019

Para cancelar  
conosco, informe  
esse número!!

SEU CÓDIGO

0020323-6

Nº da Nota Fiscal 017991053

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, foi criada  
pelo Lei nº 10.438 de 24 de Abril de 2002.

CONTA MÊS  
FEVEREIRO/2019  
VENCIMENTO  
19/03/2019  
CONSUMO (KWH)  
362  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
373,83

SERGIO MURILO PEREIRA DA SILVA  
R. TFM DOTA DE OLIVEIRA 598 598  
CPF: 00043278574320

MONTE CASTELO

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		TÍTULOS	
Ativo:		Ativo:	
Anterior:	833	Anterior:	19/02/2019
Constante de Multiplicação:	471	Próxima Letura:	18/01/2019
Consumo Medido:	1,000	Envio:	21/03/2019
Consumo Autorizado:	362	Assinatura:	18/02/2019
Tipo de Consumo: 1 - 1		Data de Consumo: 17/03/2019	

HISTÓRICO DAS UNIDADES CONSUMIDORA					
Classificação	Unidade	Mês/ano Medição	Data	Código Fato	Mês/ano Medição
1	1	1	1	1	1

CONSUMO MÊS A MÊS			
Mês/ano consumo	Consumo	Valor a pagar	Valor a pagar
JAN/19	0	CONSUMO 362 A R\$ 0,957855 =	346,74
DEZ/18	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	27,09
NOV/18	0		
OUT/18	0		
SET/18	0		
AGO/18	0		
JUL/18	0		
JUN/18	0		
MAY/18	0		
ABR/18	0		

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 18/02/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

#### RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição	3E72.07FE.DBFC.27BF			818019.5431.ECE7			
Energia:				Alíquota ICMS			
Transmissão:	65,15			Valor do ICMS:		346,74	346,74
Enxertos:	125,90			Valor do PIS:		27,00%	
Tributos:	21,31			Valor do COFINS:			93,61
11,45 INDICADORES DE CONTINUIDADE				1,41%		4,18	
1,00%				FIC		6,48%	

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPT da vítima: 286.647.953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA CPT: 286.647.953.04  
Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DORA OLIVEIRA Número: 598 Complemento:  
Bairro: MONTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210  
E-mail: Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (141)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1  
(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.

### 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, concorrendo, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 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 o comprovante desta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: TERESINA 24 DE ABRIL 2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome:

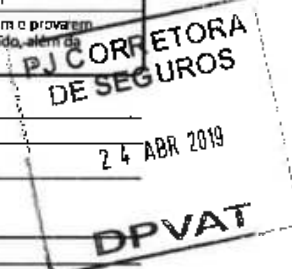
CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro		12 Município-UF	Código BGE
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		18 Tipo de ocorrência		
Tipo de Ocorrência	19 Vítima				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
Assistência	29 Escala de Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
Observações Interdisciplinares	35 Observações				
	36 Observações				

27.11.2011





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001420/2019-91

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 16/04/2019 - 08:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

28/10/2018 - 00:05

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA B, Nº:

Complemento

Bairro

ANGELIM

Ponto de Referência

CENTRO DE SAÚDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 704672 SSP/PI

Mão: RAIMUNDA GOMES DA SILVA

Pat: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA, Nº 598

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9904-2044

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA B DO BAIRRO ANGELIM, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2011, MODELO 2012, COR AMARELA, PLACA ODY-95/0-PI, RENAVAN 379541297, PROPRIETÁRIO CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA, MOMENTO EM QUE TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, A QUAL TRAFEGAVA PELA MESMA VIA SÓ QUE EM SENTIDO CONTRÁRIO E QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SEM MOTIVO APARENTE, EFETUOU A CONVERSÃO PARA A VIA EM QUE TRAFEGAVA O NOTICIANTE, CAUSANDO ASSIM O ACIDENTE, RELATA AINDA O MESMO QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3979 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME: PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 492835, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPT da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA CPT: 286647953.04  
Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DORA OLIVEIRA Número: 598 Complemento:  
Bairro: MONTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210  
E-mail: Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (141)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1  
(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.

### 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, concorrendo, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 punição de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado Local e Data: TERESINA 24 DE ABRIL 2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







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

---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190561715      Vítima: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

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

Pag. 00453/00454 - carta\_11 - INVALIDEZ

00060227





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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561715

Vítima: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14833057



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137311/19

**Vítima:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 286.647.953-04

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA : 286.647.953-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

\_\_\_\_\_  
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

\_\_\_\_\_  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137311/19

3190.289112

**Vítima:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 286.647.953-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/10/2018

**Titular do CPF:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA : 286.647.953-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

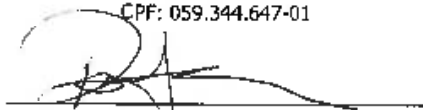
#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

  
CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN

DETRAN - PI 9020170487596 Nº 013936793840  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 379541297 CDD RENAVAM 1 379541297 RUTRO 2018

CEL SO LUIZ PEREIRA DA SILVA

28664795304 00Y-9570

PLACA ANT / UF 902JCE4110CR439985

PAS/MOTOCICLO/NEINHA COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2011 2012

002P/124CC ALUGUEL ATARELA

1 1ª IPVA 2ª 3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,70 DATA DE PAGAMENTO 1/4/2019

SEGURO OBRIGATORIO

A/FIDELIDADE ADMINISTRADORA DE CONS N

TERESINA 1/4/2019

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

PI Nº 013936793840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 1 28664795304 00Y-9570

RENAVAM 379541297 HONDA/CG 125 FAN KS

2011 09 902JCE4110CR439985

PREMIO TARIFARIO 9,03

81,28 90,31

4,15 185,50

0,70 28/03/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT

