

Consulta processo: x 0830208-60.2019.8 x Caixa de entrada x Controle de docum x Audiências x Merge PDF files on x WhatsApp x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=347552&ca=fc334f603854cef44162622bda586a11e0c9...

Apps Processo Virtual Na... =Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE OPJV 0830208-60.2019.8.18.0140 CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

10888292 - CONTESTAÇÃO (2736612 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/07/2020 09:44:20

22 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10888299 - CONTESTAÇÃO
 - 10888292 - CONTESTAÇÃO (2736612 CONTESTACAO 01)
 - 10888595 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10888600 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web (1))
 - 10888601 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10888602 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2736612- CS/ 2020-02631/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos x

PT 09:44 22/07/2020



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10888595	22/07/2020 09:44	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



NOME DO PACIENTE: Sebastião 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 simples, sem colar cervical
- (B) UA, viatura, sem RA
- (C) BNC, 3T, 3C, acidente recente
- (D) diagnóstico = IS
- (E) apresenta um aneurisma

PA: 120/80 mmHg
Pulso: 78 bpm
Temp.: 36,5°C
Diagnóstico Inicial: CID: V299

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

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

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.	() Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
DESTINO:			DATA SAÍDA: / /
Prof. Solicitante Internação:			HORA: : : 24 ABR 2019 DPVAT

Joana Luisa Mendes de Mesquita

Carimbo- Assinatura - Profissional - BR
SUS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

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

(CARLOS ALBERTO)

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

Nome: CELSO 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: 52a4m22d	Sexo: Masculino Fone: 86-99042-044
Responsável: O MESMO	CNS: 732308109715018	
Profissão: MOTOTAXISTA	Documento: CFP: 286.647.953-04	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Desq./Divorciado(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 28/10/18 07:30	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Fratura exposta de fêmur distal a esquerda no CC.	
Carimbo/Assinatura Solicitante: Dr. André Luís S. Joazeiro	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 28/10/18 22:35	Cir. Geral
Pouco tempo após acidente motociclístico, lesões múltiplas, hemodinamicamente instável. Abdomen rígido com alteração. Ao exame radiográfico não evidenciadas fraturas, nem distúrbio de alinhamento.	
cc: Envenenamento para CC para cirurgia de urgência	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Glauco Rocha e Silva	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante: PJ CORRETORA DE SEGUROS	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
Carimbo/Assinatura: Joana Luísa Mendes de Mesquita	

SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:44:20

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387>

Número do documento: 20072209441911900000010324387



REQUISIÇÃO DE PARECER

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



**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					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
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 - 22/07/2020 09:44:20

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387>

Número do documento: 20072209441911900000010324387



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: ☐ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>52a</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fract. Fêmur distal - frct. angio</u>		Apto?	☒ Sim ☐ Não
ANAMNESE			
1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim ☐ Não		
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim ☐ Não		
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim ☐ Não		
4 - Convulsão	☐ Sim ☐ Não		
5 - Passado anestésico cirúrgico	☐ Sim ☐ Não		
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim ☐ Não		
7 - Uso de medicação	☐ Sim ☐ Não		
8 - Alergia	☐ Sim ☐ Não		
- História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim ☐ Não		
EXAME FÍSICO			
PA: <u>150/80</u>	Pulso: <u>92</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)	
1. Respiratório	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
2. Cardiovascular	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
3. Neurológico	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
4. Abdome	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
5. Vias aéreas	☐ Possível VAD		
6. Extremidades	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax	
ECG:			
ECO:			
ASA: <u>I</u> Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ 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	Elisio Luiz Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Furúnculo exposto de perna do tolo (E)		
Operação - Tipo	LWC + 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 LWC
- 6) sutura ferimentos
- 7) curativo estéril.

Dr. André Luís Nogueira
MEDICINA
11.01.0930

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 - 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. Clorazepate	02	2g											
6. Diclofenac	01	100mg											
7. Paracetamol	01	1000mg											
8. Clonazepam	01	100mg											
9. Clonazepam	02	2g											
10. Clonazepam	01	100mg											
11. Clonazepam	01	100mg											
12.													
13. Clonazepam	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: 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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4 CNES 5828856	

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

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

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: Marcelo S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina 53-PI 1260 - CNS 17026395120001
		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 - HUJ

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5828856

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

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

MONTE CASTELO

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

201560395290003

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828056	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828056	

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

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-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Data de Emissão (Rg.Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				52-Data de Emissão (Rg.Conselho):

140183
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**



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)

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

28/10/2018

ANDRÉ TAL DE VASCONCELOS
CPF: 01.69513512

CRM:

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)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
TANIA MOREIRA ARAÚJO CPF: 4786155915 CRM:	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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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

36-Profissional Responsável: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO	48-Tp. Documento: CEP
39-Data Solicitação: 28/10/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 003.695.133-12

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Dor e deformidade
de caxa E.*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Curimbu (Pg.Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 14089999999999999999 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina 53-Data de Emissão: 28/10/2018 - CNS 17/25395120001

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

Nº 147964

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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: <i>Paciente apresentando queixas de fratura supracondiliana de fêmur (E)</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Necessidade de fto cirurgia</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx Fratura grave de fêmur distal</i>			
23- Diagnóstico Inicial: <i>Fratura da extremidade distal do fêmur</i>		24- CID Prim.: S724	25- CID Sec.:
26- CID Class.: 		27- CID Rel.: 	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- Cod. Proced.: 0408050624	27- Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		Tempo SDR 4
29- Clínica:	30- Caráter: Ident.	31- Docun.: 02	32- Doc. Méd. Solic.: 01
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:			
10/2/18 Matrícula: 47390 Carimbo: (KARLA BATISTA) Carimbo Local: 641212 Carimbo SUS: Impressão: 08/11/2018 18:05:50			



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 147964
	Alf: 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 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 MM0

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) DO CONSELHIO

ANDRE 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) DO CONSELHIO	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO / AUDITORIA
LEONARDO ALEMEIDA FILHO CPF: 0558951334 CRM: DATA ANÁLISE: 08/11/2018 20:20:21	CPF: CRM: DATA ANÁLISE:

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNRS 5828856	Código da Internação: 226661
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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.TBGR: 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- cidada:
0702030821	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE		

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura Supracondiliana de Fêmur
Necessitando fixação interna.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: AYRANA SOARES AIRES	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: 5828856 / 286.647.953-04
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: 5828856 / 286.647.953-04
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Meticular: 87360
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 Sg			
MONONYLON		20					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		0		CIRCULANTE			
PROLENE							

COBOREN-PI: 800.107

CONFERE COM O ORIGINAL

MOD - 094





centro cirúrgico

Num. 10888595 - Pág. 20



Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matricula: 47310
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

(OSF) L DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:44:20

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387

Número do documento: 20072209441911900000010324387

Num. 10888595 - Pág. 22

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							
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 Luís Mendes de Vasconcelos</i>								
CONFERE COMO ORIGINAL								
João Luís Mendes de Vasconcelos Matrícula: 47390 SAME - HUT								
Dr. João Luís Mendes de Vasconcelos / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Resaca Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM/PA 57671/2018 / CRM/PA 2308 / CRM/PA 2308 / CRM/PA 2308								

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE		NOME DO REGISTRO	
08/11/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA
EXAMES DE URINA		TEMPERATURA	PESO
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		HEMATÓCRITOS	GLICEMIA
SISTEMA CIRCULATÓRIO		ALTURA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA DIGESTIVO		ASMA	BRONQUITE
ESTADO MENTAL		SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		CORTICOIDES	ATARAXICOS
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		OUTROS	
APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-LITO 500	SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA T	SANGUE 300	1. Bupivacaína	
P. ARTERIAL V O PULSO	OUTROS 100	2. Neoclonal	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		3. Droperidol	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		4. Diprivan	
RESPIRAÇÃO O		5. Dexmedetomidina	
SÍMBOLOS		6. Propofol	
TÉCNICAS		7. Ropivacaína	
OPERAÇÕES		8. Fentanyl	
CIRURGIÕES		9. Etomidato	
ANESTESISTAS		10. Sufentanil	
Dr. Laurindo Faurino Filho		11. Alfentanil	
Médico Anestesiologista		12. Midazolam	
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00		13. Cloridrato de Propofol	
Dr. Laurindo Faurino Filho		14. Cloridrato de Fentanyl	
Médico Anestesiologista		15. Cloridrato de Alfentanil	
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00		16. Cloridrato de Midazolam	
PARTICULARIDADES		DURAÇÃO	

MOD 76 - HUT

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



NOME DO PACIENTE Celso 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		HORÁRIOS			
OBSERVAÇÕES 23:50' - Paciente me- tomou do ee em pol pratura fêmur 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					
Manólio Mendes CRM-PI: 6052					
Joana Luísa Mendes Mesquita Matrícula: 47390 SAME / HUF CONFERE COM O ORIGINAL					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Elisângela 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 ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elisângela</u>	<u>Al</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
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 primeira cirurgia de abd. op. 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 - 22/07/2020 09:44:20

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387

Número do documento: 20072209441911900000010324387



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

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 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 3218 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: 06.522.917/0002-02

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 Mota 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
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CELMO LUIZ FREIRE DA SILVA
 CPF 704672 B8P-PT
 288.547.953-04 06/06/1966

TELEFONE
 JORGE FREIRE DA SILVA
 RAIMUNDA GOMES DA SILVA

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

LOCAL
 TERESINA - PI
 04446336795
 72315413240

PROFISSIONAL
 04446336795
 72315413240

PIAUÍ

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 24 ABR 2019
 DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN

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

VIA 1 379541297

CEL SO LUIZ PEREIRA DA SILVA

28664795304

00Y-9570

PAS/MOTOCICLO/NEINHUJA

HONDA/CG 125 FAN KS

002P/124CC

ALUGUEL

ATARELA

1º IPVA

2º

3º PAGO

TERESINA

1/4/2019

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

379541297

HONDA/CG 125 FAN KS

002P/124CC

ALUGUEL

ATARELA

1º IPVA

2º

3º PAGO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CRPJ 08.548.454/0001-04

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 - Oxigênio, 5 - Colar cervical, 6 - Reanimação cardiopulmonar, 7 - Curativos, 8 - Kred, 9 - Assistência obstétrica		10 - Glicemia, 11 - Acesso Venoso, 12 - Medicamentos a), b)		
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada		34 Óbito		
	1 - Melhorado, 2 - Piorando, 3 - Inalterado		1 - Sim, 2 - Não, 3 - Antes do socorro, 4 - Antes do transporte, 5 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar: 24 ABR 2019 DPVAT Não Removido					
Responsável pela recepção: Socorristas Médico: Enfermeiro: Condutor:					

27.11.2011



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 239 - Centro/PAI - Teresina - PI
CEP: 08.040.740/PAI-0931, Estado: 26.308.385-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto sobre a Renda SEFAT 06/98

Fara cenzura
conosc. Inform
essenziale!!

SEU CÓDIGO

BM20E23-6

Nº da Nota Fiscal 017991053

A Tarifa Social de Energia Eléctrica – TSEE, foi criada pelo Lei nº 14.063 de 26 de Junho de 2002.

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

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

CPF: 0004527234520	DEPT: 04/09/2019 - TIREXMA
Atividade:	Atividade:
Anterior:	Anterior:
Constante de Multiplicação:	Próxima Letura:
Consumo Medido:	Exatidão:
Consumo Reduzido:	Aprovação:
Fluxo de Trabalho:	Dias de Consumo:
Coeficiente de Irregularidade:	

NORMAL - DADA UNIDADE CONSUMIDORA						32
Classe/Subclasse	Ligação	Máquina	Moldeador	Dente	Código-Fat.	Média 12 meses

[illegible]

		CONSUMO	362 A R\$ 0,957855 =	346,74
JAN/19	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		27,09
DEZ/18	0			
NOV/18	0			
OUT/18	0			
SET/18	0			
AGO/18	0			
JUL/18	0			
JUN/18	0			
MAI/18	0			
ABR/18	0			

TABLE SEN TRIESTE:
B A 302 - 4,62066

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Vostra privacy è sempre protetta: i tuoi dati non saranno mai ceduti a terzi. Per saperne di più sui nostri servizi e sulla tua privacy, visita [www.roblox.com/privacy](#)

RESERVADO AO FISCO

COMPETIÇÃO GRANTA - 21		IMPOSTOS/TRIBUTOS - 25	
Distribuição:	3E72.B7FE.DBF.C.27BF	3E72.B7FE.DBF.C.27BF	5431.ECE7
Energia:		Alíquota ICMS:	
Transmissão:	65,15	Valor do ICMS:	346,74 346,74
Encargos:	125,90	Valor do PIS:	27,00%
Tributos:	21,31	Valor do COFINS:	93,61

11,45		INDICADORES DE CONTINUIDADE		1,41%		2,68	
12,05		FIC		6,48		FIC	
	Maior	Menor	Salud	Maior	Menor	Salud	Maior
Limite							
Realização							
Cargos	5,37	10,68	21,25	3,11	Gratificação	2,45	3,03
	0,00			0,00	Adicional		1,20
						0,00	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 APR 2019

DPVAT



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 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 (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 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.

FP5.001 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

Endereço

RUA B, Nº:

Complemento

Bairro

ANGELIM

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: ☐ 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 (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 (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 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.

FP5.001 V001/2018







(//)

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	Atencas
☒	2017	R\$185,50	Quitado	Atencas

(*) 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 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





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:

Ednana Soares Coutinho

Data de Nascimento:

____/____/____

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

87L

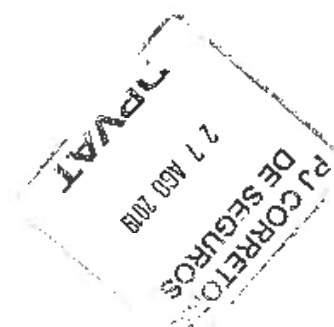
Data:

26, 08, 19

MOD. 80-HGV

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

Médico (assinatura e carimbo)





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Sebastião 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	Trajetos?:	Sim	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

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

(A) UA - vítima, com lesões corporais

(B) UA - vítima, com lesões corporais

(C) UA - vítima, com lesões corporais

(D) UA - vítima, com lesões corporais

(E) UA - vítima, com lesões corporais

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

CONDUTA 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.	() Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
DESTINO:			DATA SAÍDA: / /
			HORA: :
			24 ABR 2019
			DPVAT
			Prof. Solicitante Internação:

Gláucia Rocha Silva
Médico
CRM-PI 7700

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matr. 47390
Carimbo - Assinatura - Profissional - BR
SUS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

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

(CARLOS ALBERTO)

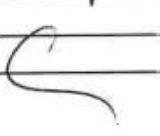
FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: CELSO 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: 52a4m22d	Sexo: Masculino Fone: 86-99042-044
Responsável: O MESMO	CNS: 732308109715018	
Profissão: MOTOTAXISTA	Documento: CFP: 286.647.953-04	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Desq./Divorciado(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

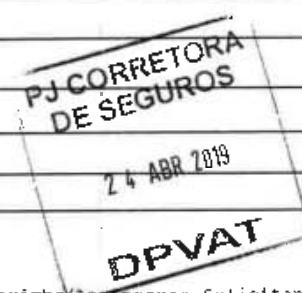
Código: 691212	Data: 28/10/2018 01:26:22	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMÁ EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: N U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 28/10/18 22:35	Cir. Geral
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):

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

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





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		
MOTIVO DA CONSULTA Paciente 52 anos, com fratura exposta de fêmur. Malha gesso cirúrgico.			
DATA: 29/10/18		Dr. Osvaldo Mendes Filho Gerente Médico Clínica Ortopedia - HUT CRM 2135 - PI ASS. MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER Rejeito aos/diagnósticos A C = neca em 27, R nu PA = 120/80 mmHg ECG = normal Beiro nêces PI procedimento ortopé			
DATA: 30/10/18		Jozma Luisa Mendes de Mesquita Metrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL Dr. Antonio Vieira de Jesus Cardiologista CRM: 2135 - PI PJ CORRETORA DE SEGUROS 24 ABR 2019 DPVAT ASS. MÉDICO ESPECIALISTA	



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Joana Luísa 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:	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 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					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Obs.: 3 oregans. 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 - 22/07/2020 09:44:20

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387>

Número do documento: 20072209441911900000010324387

Num. 10888595 - 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: ☐ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>52a</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fract. Fêmur distal - frxt. angio</u>		Apto? ☒ Sim ☐ Não	
ANAMNESE			
1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim ☐ Não		
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim ☐ Não		
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim ☐ Não		
4 - Convulsão	☐ Sim ☐ Não		
5 - Passado anestésico cirúrgico	☐ Sim ☐ Não		
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim ☐ Não		
7 - Uso de medicação	☐ Sim ☐ Não		
8 - Alergia	☐ Sim ☐ Não		
- História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim ☐ Não		
EXAME FÍSICO			
PA: <u>150/80</u>	Pulso: <u>92</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)	
1. Respiratório	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
2. Cardiovascular	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
3. Neurológico	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
4. Abdome	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
5. Vias aéreas	☐ Possível VAD		
6. Extremidades	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax	
ECG:			
ECO:			
ASA: <u>I</u> Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ 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			Elisio Luiz Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório			Fístula exposta de fêmur do fôl (E)		
Operação - Tipo			MUC + Fixação externa transarticular		
Cirurgião		2º Assistente		3º Assistente	
Dr. André Leal				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 raquiomedula ② Assésia, antisspasm ③ colocação campos estereis 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:	Celso Luis Pereira da Silva			Sala:	
Procedimento:	Fratura de fêmur distal			Alergia:	
	- Raio X em 2 views			Observações:	
	Cirurgião: ANDRÉ				

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. Clonitaz	01	100mg											
9. Clonitaz	02	2g											
10. Omeprazole	01	40mg											
11. Ondansetron	01	4mg											
12.													
13. Etomidate	01	2mg											
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 lombar mediana em L3-L4 com cf. 20G sem intercorrências*

Dr. Celso Luis 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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4 CNES 5828856	

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 0408050519	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR		
21-Cod. Mudança Procd. 0408050624	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILAR DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		
27-COD. Pcia: 5724	26-Diagnóstico: Fratura da extremidade distal do fêmur	28-COD. Sec. 1: 003.695.133-12	29-COD. Sec. 2: 003.695.133-12
35-Profissional Responsável: ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS	40-Tp. Documento: CPF	41-Data Autorização: 28/10/2018	
39-Data Solicitação: 28/10/2018	40-No. Doc. Med. Solic.: 003.695.133-12	42-Data Solicitação: 28/10/2018	
		Ass. Carimbo Med. Sol. - CMI	

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: Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina 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
AIH: 2218101810562

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5828856

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

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

MONTE CASTELO

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 LEÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

201560395290003

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828056	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828056	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário:	492635
7-CNS:	702308109715018	8-Nascimento:	06/06/1966	9-Sexo:	Masculino
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. TGR:	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 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: 0408050519	29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 003.635.133-12	Tempo SUS: 4
33 Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS	34-Data Solicitação: 28/10/2018				

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:				

140183
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
50944 PI 1250 - CNS 17025395120001

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

Judício: **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	I.F. 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 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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Dor e deformidade
de caxa E.*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	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: / /	52-CNS/CPF: 14089999999999999999 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina 53-Data Carimbo (Pg. Conselho):

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

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: <i>Paciente apresentando queixas de fratura supracondiliana de fêmur (E)</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>Necessidade de fto cirurgia</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx Fratura grave de fêmur distal</i>
23- Diagnóstico Inicial: <i>Fratura da extremidade distal do fêmur</i>
24 CID Prim.: S724
25- CID Sec.:
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- Clínica:	30- Caráter: Ident.	31- Docun.: 02
	32- Doc. Méd. Solic.: 01	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:
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	
10/2/18 Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O Q88391 Carimbo: (KARLA BATISTA) Carimbo Local: 641212 Carimbo SUS: Impressão: 08/11/2018 18:05:50	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 147964
	Alf: 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 MM0

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) DO CONSELHIO ANDRÉ LUIZ DE VASCONCELOS CPF: 00369513312 CRM:	
CARÁTER URGENCIA	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) DO CONSELHIO HENRIQUE ALCMEIDA FILHO CPF: 05589531334 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO/ AUDITORIA CPF: CRM: DATA ANALISE:
---	--

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNRS 5828856	Código da Internação: 226661
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura Supracondiliana de Fêmur
Necessitando fixação interna.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: AYRANA SOARES AIRES	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: 5828856 / 286.647.953-04
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: 5828856 / 286.647.953-04
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Meticular: 87360
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: Rague	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				Chludz		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Cathu 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

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

MOD - 094





centro cirúrgico

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

Operação - Tipo Furtos de Dinheiro de Proteção Pessoal (M)

Cirurgião Dra. Ayroa

1º Assistente Dr. Manoel

2º Assistente

3° Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Medico Anestesiologista
CRMPI 474 CPF: 068.972.903-00

Data da Operação

Inicio

Firm

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Devlet in DDIH sub naviasterio.

② *Antineoplasia* + *Neoplasia* + *Colocoyes* 2^o *capa*

① Método de Focador eixo + Fossa lateral em

also ③ + Disubstituted per Janos + H₂O

④ Redução de fragmentos de fauna distal - Colocar 2

Perdido, DHS + Bloca + perdido. ⑤ Revisão de Polígrafo

+ Colours de novo + Struktur Plasmid + Curculone

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

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

Mod. 76 HUT





Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matricula: 47310
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL



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								
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 Luís Mendes de Vasconcelos</i>									
CONFERE COMO ORIGINAL									
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:44:20									
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387									
Número do documento: 20072209441911900000010324387									

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	→ 40% / 100% (cateter central) SfO₂ 98 pot - pot - pot - 16:30 -			TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-LUTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				SEQUÊNCIA
TEMPERATURA T	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	Bupivacaína 100 Neocad 100 Drupacel 100 Dipriva 200 Dexomet 100 Rapa 100 Ritoprop 100 Tenex 100 Epone 100 Alarmin 100		
P. ARTERIAL V O PULSO					
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





30 JUL 1964

PRESCRIÇÃO MÉDICA



<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387>

Número do documento: 20072209441911900000010324387

Num. 10888595 - Pág. 68

[illegible]

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 ₂ (%)	<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 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
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 jejum 8h. Sob efeito 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. 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 - 22/07/2020 09:44:20

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387

Número do documento: 20072209441911900000010324387

**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-PI/OT
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: 08.322.917/1072-02

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: 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
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





58.3%



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

58.3%

CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA,
900388

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 1538767607
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

DATA DE NASCIMENTO
 06/10/2019
 16/01/1985

LOCAL
 TERESINA - PI
 AGRICULTOR

DATA DE EMISSÃO
 29/07/2017
 04448336798
 7231913240

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: 15.301.335-0
Nota Fiscal / Cópia de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda para 2018

Para cancelar
contos, informe
esse número!!

SEU CÓDIGO

002923-6

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 MONTE CASTELO
CPF: 00643278574320

DESCRIÇÃO DE CONSUMO - 210 - TRESSE		Abatido	
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
Código de Irregularidade		Data de Consumo: 17/03/2019	

NORMAS - PADRÃO DE CONSUMO					
Classificação	Unidade	Módulo Medido	Data	Código Fato	Módulo 12 meses
1	1	1	1	1	1

CONSUMO MÊS		MÊS ANTERIOR	
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	3672,07FE.DBFC.27BF	Alíquota ICMS	11,43
Energia:		Valor do ICMS	346,74
Transmissão:	65,15	Valor do PIS	27,09
Energia:	125,90	Valor do COFINS	93,61
Tributos:	21,31		
11,43 INDICADORES DE CONTINUIDADE			
1	1		
2	2		
3	3		
4	4		
5	5		
6	6		
7	7		
8	8		
9	9		
10	10		
11	11		
12	12		
13	13		
14	14		
15	15		
16	16		
17	17		
18	18		
19	19		
20	20		
21	21		
22	22		
23	23		
24	24		
25	25		
26	26		
27	27		
28	28		
29	29		
30	30		
31	31		
32	32		
33	33		
34	34		
35	35		
36	36		
37	37		
38	38		
39	39		
40	40		
41	41		
42	42		
43	43		
44	44		
45	45		
46	46		
47	47		
48	48		
49	49		
50	50		
51	51		
52	52		
53	53		
54	54		
55	55		
56	56		
57	57		
58	58		
59	59		
60	60		
61	61		
62	62		
63	63		
64	64		
65	65		
66	66		
67	67		
68	68		
69	69		
70	70		
71	71		
72	72		
73	73		
74	74		
75	75		
76	76		
77	77		
78	78		
79	79		
80	80		
81	81		
82	82		
83	83		
84	84		
85	85		
86	86		
87	87		
88	88		
89	89		
90	90		
91	91		
92	92		
93	93		
94	94		
95	95		
96	96		
97	97		
98	98		
99	99		
100	100		

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 - Oxigênio, 5 - Colar cervical, 6 - Reanimação cardiopulmonar, 7 - Curativos, 8 - Kred, 9 - Assistência obstétrica		10 - Glicemia, 11 - Acesso Venoso, 12 - Medicamentos a), b)		
Observações Interdisciplinares	33 Condições de entrada		34 Óbito		
	1 - Melhorado, 2 - Piorando, 3 - Inalterado		1 - Sim, 2 - Não, 3 - Antes do socorro, 4 - Antes do transporte, 5 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinares: 24 ABR 2019 DPVAT Não Removido					
Responsável pela recepção: Socorristas Médico: 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 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: ☐ 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 (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 o comprovante desta 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 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.

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: 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 (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 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.

FP5.001 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 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





(/)

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	<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

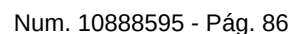
[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

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

1/3



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: Ednana Soares Coutinho

Data de Nascimento: 1/1/1988

Atesto para os devidos fins
que o paciente acima referido
foi vítima de acidente noturno
de 28/10/18, evoluído com fratura
do peroneo distal
Apresenta lesões de grau
de 50% da ADM do joelho
após.

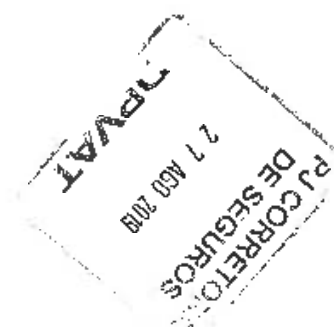
87L

Data: 26,05,19

MOD. 80-HGV

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

Médico (assinatura e carimbo)





NOME DO PACIENTE: Sebastião 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	Trajetos?:	Sim	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Acidente sofrido em acidente motociclístico (moto-moto) na 1ª hora, vítima de acidente de trânsito. Vítima de acidente de trânsito, vítima de acidente de trânsito.

- (A) VA queimada, com calor residual
- (B) ANA, viatura de trânsito, sem RA
- (C) BNC, 3T, 3P, acidente recente
- (D) dor no braço = 15
- (E) produz um am. E

PA: 120/80
PULSO: 78
TEMP: 36,5
CID: V299

PA: 120/80 mmHg	Pulso: 78 bpm	Temp.: 36,5	CID: V299
-----------------	---------------	-------------	-----------

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

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

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

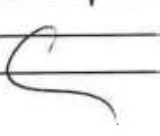
FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: CELSO 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: 52a4m22d	Sexo: Masculino Fone: 86-99042-044
Responsável: O MESMO	CNS: 732308109715018	
Profissão: MOTOTAXISTA	Documento: CFP: 266.647.953-04	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Desq./Divorciado(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

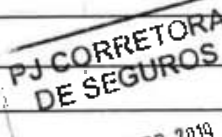
Código: 691212	Data: 28/10/2018 01:26:22	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMÁ EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: N U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 28/10/18 22:35	Car. Geral
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):

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__	
 Carimbo/Assinatura Joana Luísa Mendes de Mesquita Médica: 47389-ccr 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		
MOTIVO DA CONSULTA Paciente 52 anos, com fratura exposta de fêmur. Malha gesso cirúrgico.			
DATA: 29/10/18		Dr. Osvaldo Mendes Filho Gerente Médico Clínica Ortopedia - HUP CRM 2135 ASS. MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER Rejeito HOS/D. malha A c = neca em 27, R nu PA = 120/80 mmHg ECG = normal Beiro nêces PI procedimento ortopé			
DATA: 30/10/18		Joana Luísa Mendes de Albuquerque Metrícula: 47390 SAME - HUP CONFERE COM O ORIGINAL ASS. MÉDICO ESPECIALISTA	
		PJ CORRETORA DE SEGUROS 24 ABR 2019 DPVAT	



**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					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
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 - 22/07/2020 09:44:20

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387>

Número do documento: 20072209441911900000010324387

Num. 10888595 - 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: ☐ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>52a</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fract. Fêmur distal - frax. angio</u>		Apto? ☒ Sim ☐ Não	
ANAMNESE			
1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim ☐ Não		
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim ☐ Não		
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim ☐ Não		
4 - Convulsão	☐ Sim ☐ Não		
5 - Passado anestésico cirúrgico	☐ Sim ☐ Não		
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim ☐ Não		
7 - Uso de medicação	☐ Sim ☐ Não		
8 - Alergia	☐ Sim ☐ Não		
- História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim ☐ Não		
EXAME FÍSICO			
PA: <u>150/80</u>	Pulso: <u>92</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)	
1. Respiratório	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
2. Cardiovascular	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
3. Neurológico	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
4. Abdome	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
5. Vias aéreas	☐ Possível VAD		
6. Extremidades	☐ Normal ☐ Alterado: _____		
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax	
ECG:			
ECO:			
ASA: <u>I</u> Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: <u>LAQUA</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	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 raquiomedula
- 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		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			Cirurgião:	ANDRÉ
	- Rastreamento de drogas			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, a ra. punção
lombor mediana em L3-L4
com cf. 20 e sem intercorrências

Dr. Celsa Lúcia 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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4 CNES 5828856	

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 0408050519	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR		
21-Cod. Mudança Procd. 0408050624	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILAR DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		
27-COD. Pcia: 5724	26-Diagnóstico: Fratura da extremidade distal do fêmur	28-COD. Sec. 1: 003.695.133-12	29-COD. Sec. 2: 003.695.133-12
35-Profissional Responsável: ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS	40-Tp. Documento: CPF	41-No. Doc. Med. Solic.: 003.695.133-12	42-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
39-Data Solicitação: 28/10/2018			

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: Marcelo S. Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina 53-PI 1260 - CNS 17026395120001
		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 - HUJ

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5828856

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

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

MONTE CASTELO

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

201560395290003

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828056	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828056	

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. TRGR:	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: 0408050519	28-Data Solicitação: 28/10/2018	Tempo de espera: 4
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: 003.635.133-12
32-Proc. Méd. Solic.: 003.635.133-12	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS	34-Data Solicitação: 28/10/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	37- () Acidente Trabalho Típico	38- () Acidente Trabalho Trajeto	39-CNEJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
			42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CEOP:
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-Data de emissão (Rg.Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				52-Data de emissão (Rg.Conselho):

140183
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
50944811250 - CNS 17025395120001

Joana Luiza Mendes de Mesquita
53390
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 CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 06/06/1966	SEXO M	PRONTUÁRIO 492635
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA GOMES DA SILVA	RESPONSÁVEL CELSON 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 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
--	--

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 225944
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Dor e deformidade
de caxa E.*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	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: / /	52-CNS/CPF: 14089999999999999999 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina 53-Data Carimbo (Pg.Conselho):

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 INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 147964
	Alf: 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 MM0
--

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-ÍSE 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		
<table border="1"> <tr> <td>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO HENRIQUE ALCANTARA FILHO CPF: 05589531334 CRM:</td> <td>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO / AUDITORIA CRM: DATA ANALISE:</td> </tr> </table>	PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO HENRIQUE ALCANTARA FILHO CPF: 05589531334 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO / AUDITORIA CRM: DATA ANALISE:
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO HENRIQUE ALCANTARA FILHO CPF: 05589531334 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO / AUDITORIA CRM: DATA ANALISE:	

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNRS 5828856	Código da Internação: 226661
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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: AYRANA SOARES AIRES	40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Med. Solic.: 669.742.673-04
39-Data Solicitação: 08/11/2018	40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Med. Solic.: 669.742.673-04

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura Supracondiliana de Fêmur
Necessitando fixação interna.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: AYRANA SOARES AIRES	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: 5828856 / 286.647.953-04
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: 5828856 / 286.647.953-04
		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: Rague	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 Sg			
MONONYLON		20					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		0		CIRCULANTE			
PROLENE							

Georgio Luiz X. Paz

COORDENADOR

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

MOD - 094





centro cirúrgico

Nome do Paciente Celso Luiz Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório Fratura Supracondílea de Fêmur (S)		
Operação - Tipo Fixação Cirúrgica de Fratura Fêmur Distal (S)		
Cirurgião Dra. Ayrao	1º Assistente D. Manoel (R)	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista Dr. Alexandre Raulino Filho Médico Anestesiologista CRM-PI 474 CPF: 068.972.903-00	Anestesia Rargene
Anestésico(a)		
Data da Operação 08/11/18	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) 1) Realizar em DDH sob aspiração. 2) Alinhamento + Anestesia + Colocação de cava. 3) Redução de fratura distal + Fixação lateral em cava (S) + Drenagem por plano + Hemostase. 4) Redução de fragmentos de fêmur distal + Colocação de parafuso DHS + Placa + parafuso. 5) Realização de bloqueio + Colocação de dreno + Sutura Plana + Curativo.		
Dra. Ayrao Soares Aires Ortopedia e Traumatologia CIRURGIA DA COLUMNA VERTEBRAL CRM-PI 3746 CRM-MA 3546 TEOT 13487 Josana Luiza Mendes de Mesquita Médica: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL		

Mod. 76 HUT





Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matricula: 47310
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE VALENÇA

OSF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente

CELSONO LUIZ PEREIRA DA SILVA

Prontuário

492635

Data Nasc

06/06/1966

Idade

52

Clinica

Ortopédica

Enf. ou AP

223

Leito

Médico Assistente

Data/Hora

Código

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DI: 28/07/2018 PRAT. EXPOSTA FEMUR DISTAL

09/11/18

1 Dieta oral livre

Ediana Nogueira
NUTRICIONISTA
CRP: 3716

2 Jeico 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

João Luís Mendes de Vasconcelos

João Luís Mendes de Vasconcelos
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. João Luís Mendes de Vasconcelos / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Resaca Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 57671/2018 / CRM/PA 2308 / CRM/PA 2308 / CRM/PA 2308

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE		NOME DO REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO
08/11/18	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA
EXAMES DE SANGUE	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	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-LITO 500 SANGUE 300 OUTROS 100	SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA T	Cº	15	
P. ARTERIAL V O PULSO	38	16	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	100	17	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80	18	
RESPIRAÇÃO O	20	19	
SÍMBOLOS		DURAÇÃO	
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES		ANESTESISTAS	
CIRURGIÕES		MÉDICO POS-OPERATÓRIO	
PARTICULARIDADES			

MOD 76 - HUT

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



[illegible]

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 ₂ (%)	<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 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1 ☒	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	RAIO-X REALIZADO DATA 08/11/2018 Concluído	
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 jejum 8h. Sob efeito de anestesia raque. Consciente. Respirando espontaneamente. Bem

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 - 22/07/2020 09:44:20

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209441911900000010324387

Número do documento: 20072209441911900000010324387



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
Matriculada 47390
SANE-PI
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: 08.322.917/0002-02

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: 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: 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: 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. HIGIENÓ CUNHA 1515 - ILHÓTAS - TELEFONE (08) 3198-1500



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 1538767607
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CELMO LUIZ FREIRE DA SILVA
 CPF 704672 889-91
 288.647.953-04
 06/06/1966

TELEFONE
 JORGE FREIRE DA SILVA
 RAIMUNDA GOMES DA SILVA

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

LOCAL
 TERESINA - PI
 04446336795
 73315413240

PIAUÍ

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 24 APR 2019
 DPVAT



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 (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: 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.

FP5.001 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		1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
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		24 Pulso, Resp., PA, TAX, SatO2		
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso Radial		28 Sangramento
	1 - Iguais, 2 - Desiguais		1 - Cheio, 2 - Fino, 3 - Ausente		
Hospital de Destino	29 Escala de Dor de 0 a 10		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
	0 - Sem Dor, 1 - Leve, 3 - Moderada, 7 - Intensa, 10		1 - Sim, Exposta, Fechada		
Observações Interdisciplinares	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	1 - Melhorado, 2 - Piorando, 3 - Inalterado		1 - Sim, 2 - Não		
Observações Interdisciplinares: 24 ABR 2019 DPVAT Não Removido					
Responsável pela recepção: Socorristas Médico: 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 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: ☐ 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 (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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: 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 o comprovante desta 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.

FP5.001 V001/2018







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

Rio de Janeiro, 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. 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 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 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.

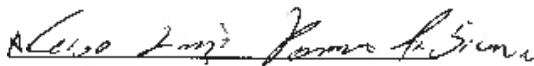
Documentação recebida sem conferência.

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.

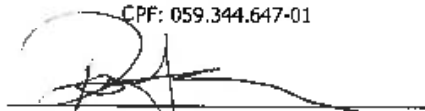
Portador da documentação entregue

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT



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

1º IPVA 2º 3º PAGO

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

SEGURO OBRIGATORIO

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 902JC4110CR439985

PREMIO TARIFARIO 0,70

81,28 9,03 90,31

4,15 0,70 185,50

X COTA UNICA 28/03/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CRPJ 08.548.454/0001-04

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2019
DPVAT

