
Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000132623-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669685 **Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**

Data do Acidente: 15/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000132623-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669685 Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 01/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0855 CONTA: 1326237

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo. 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não. 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não. 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não. 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não. 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não.

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

34 - Expressão digital da assinatura do beneficiário não assinado. 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido. 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido. 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido. 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha. 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha.

40 - Local e Data, Teresina - PI 29/11/19. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante). 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver). 43 - Assinatura do Procurador (se houver).



AUTOATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU

DATA: 29/11/2019

HORA: 11:52:05

TERMINAL: 20041025

CONTROLE: 200410250335

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0855 013,00132623-7

NOME: RAIMUNDO NONATO FERNANDES MORAIS

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~2,00~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 160973155

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO - Nº 10583

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito (Com pessoa ferida ou morta)
TIPO DE ACIDENTE: Atropelamento DATA: 15/06/2019 HORA: 20:28:41
MUNICÍPIO: Teresina LOGRADOURO: R. José Torquato Viana Nº: 1861

CONDUTORES

Veículo Nº 1 Placas LWB5889	Condutor	Francisco das Chagas Ferreira de souza			CNH
	Sexo	Masculino	Idade	41	563370
	Endereço	Rua Santa irene número 8070 bairro Santa Bárbara município de Teresina			
	Proprietário	Francisco das Chagas Ferreira de souza			
	Veículo: Marca / Modelo	HONDA/125			
	Espécie	Passageiro	Ano		

DANOS NOS VEÍCULOS

Veículos	Danos
LWB5889	Banco [rasgado], Carenagem [farol quebrado]

Vítimas

Nome	Raimundo nonato Fernandes de morais	Sexo	Masculino	Idade	50
Endereço	Rua farmacêutico João Carvalho	Condição	Lesões graves ou gravíssimas, Sintomas de embriaguez		

Testemunhas

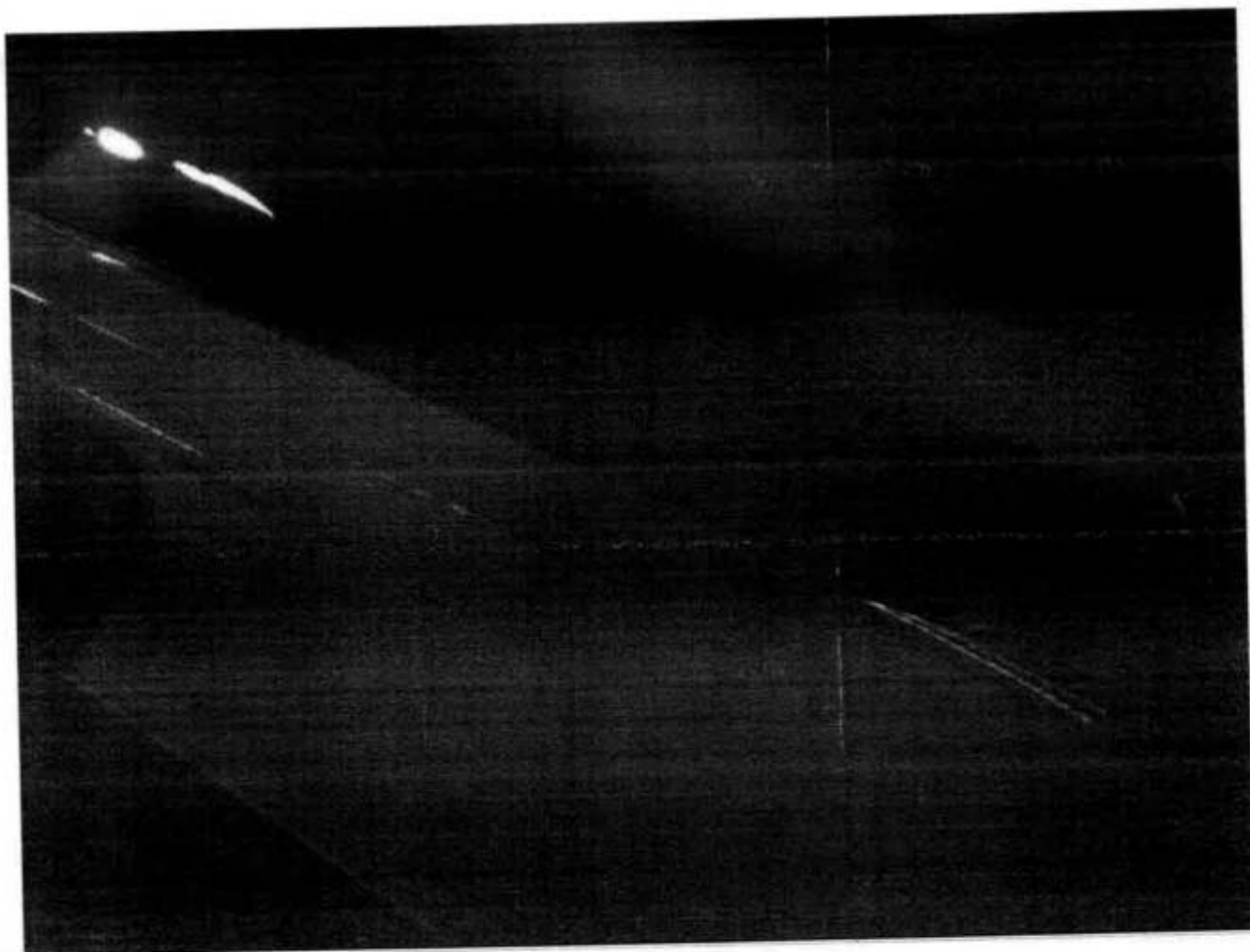
RELATÓRIO RESUMIDO: Fomos informados pelo Copom a respeito de um acidente com vítima na rua Torquato Viana, ao chegar no local encontramos um dos envolvidos, onde ele estava com características de embriaguez e falando que havia batido com outra moto, sendo que não havia nenhum outro veículo no local, e a outro envolvidos (pedestre), desacordado no chão, foi feito os procedimentos, nformado ao Copom para acionar a ciptran e ao SAMU, onde conduziu os envolvidos ao HUT para tratamento de saúde.

Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:

Óbito	Lesões Corporais	Invalidez Permanente
Certidão de Óbito Registro de Ocorrência Policial Prova de Qualidade de beneficiário	Prova das despesas médicas Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas Registro de Ocorrência Policial Rel. médico atestando o tipo e grau definitivo de invalidez

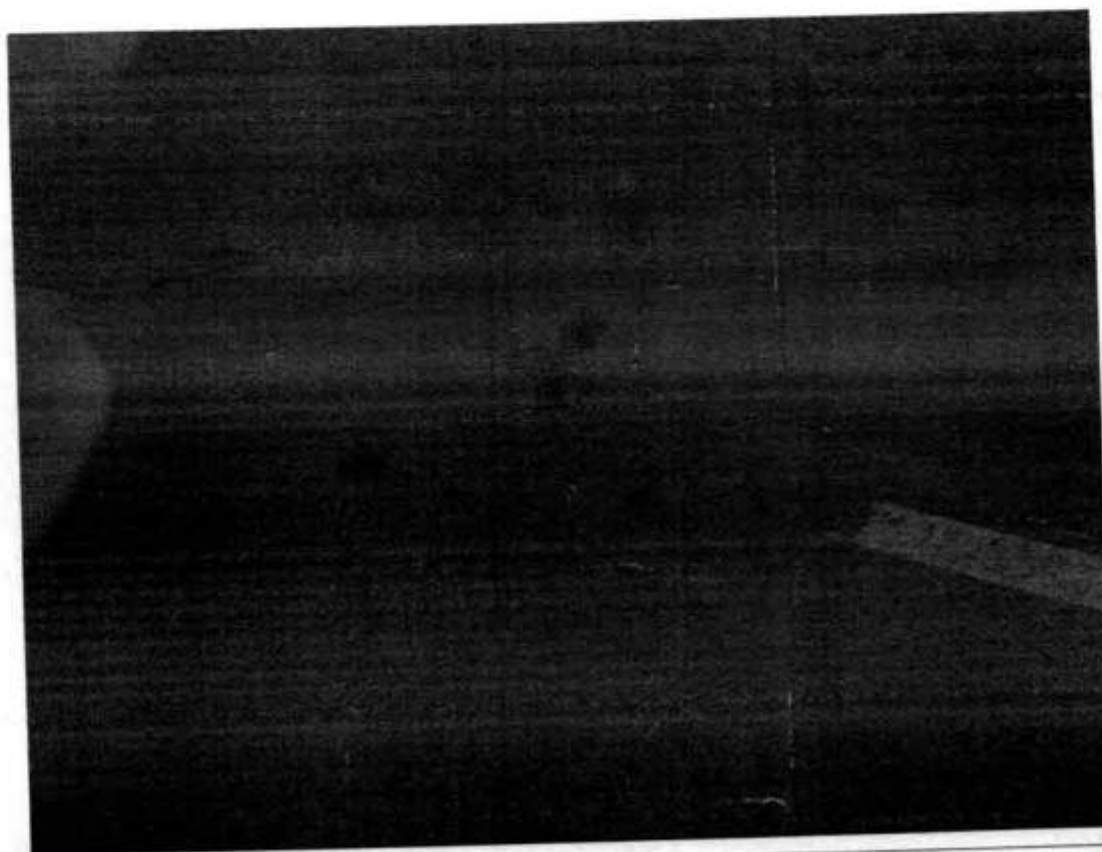
ONDE SOLICITAR: O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.

Imagens



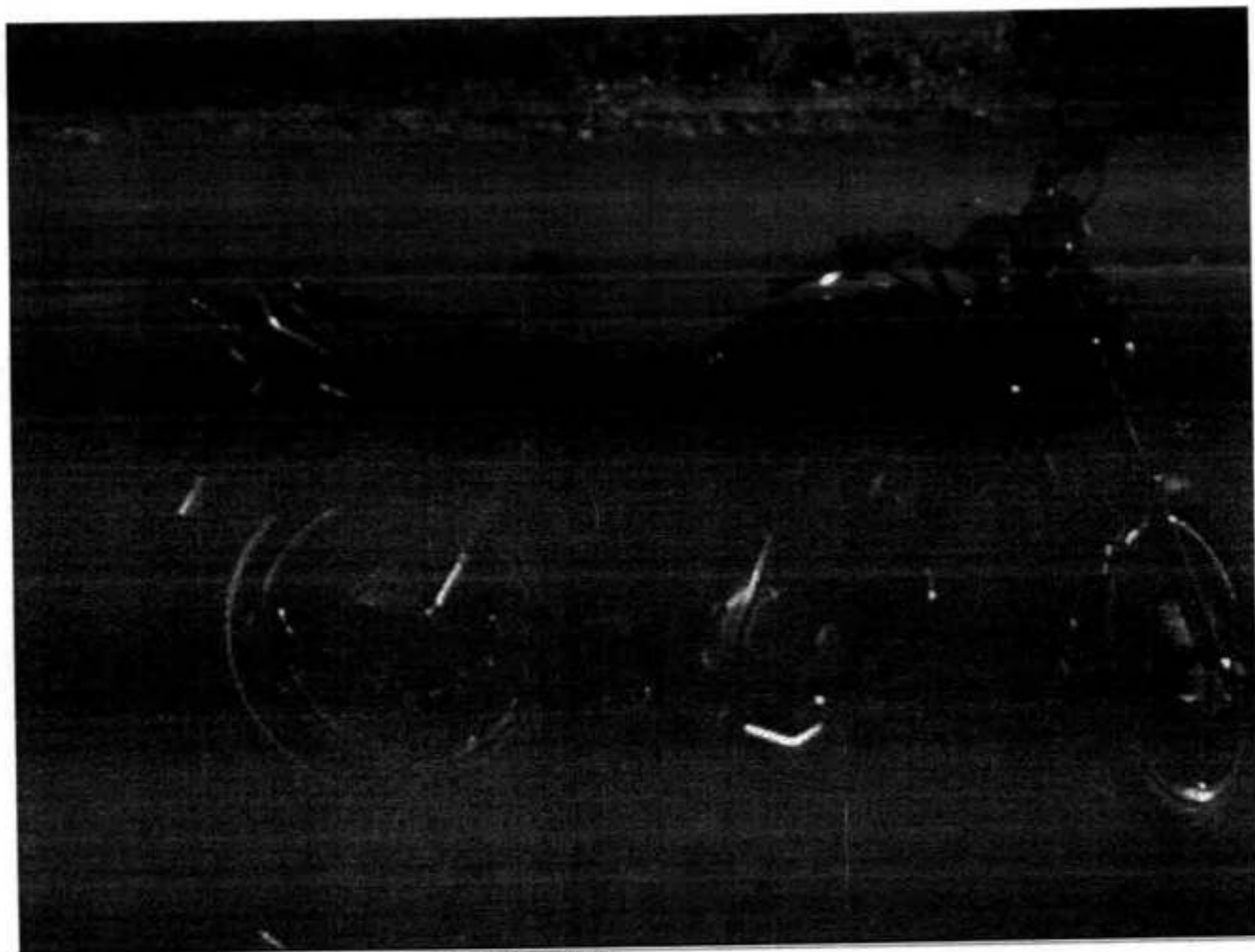
Tipo: Local

Descrição:



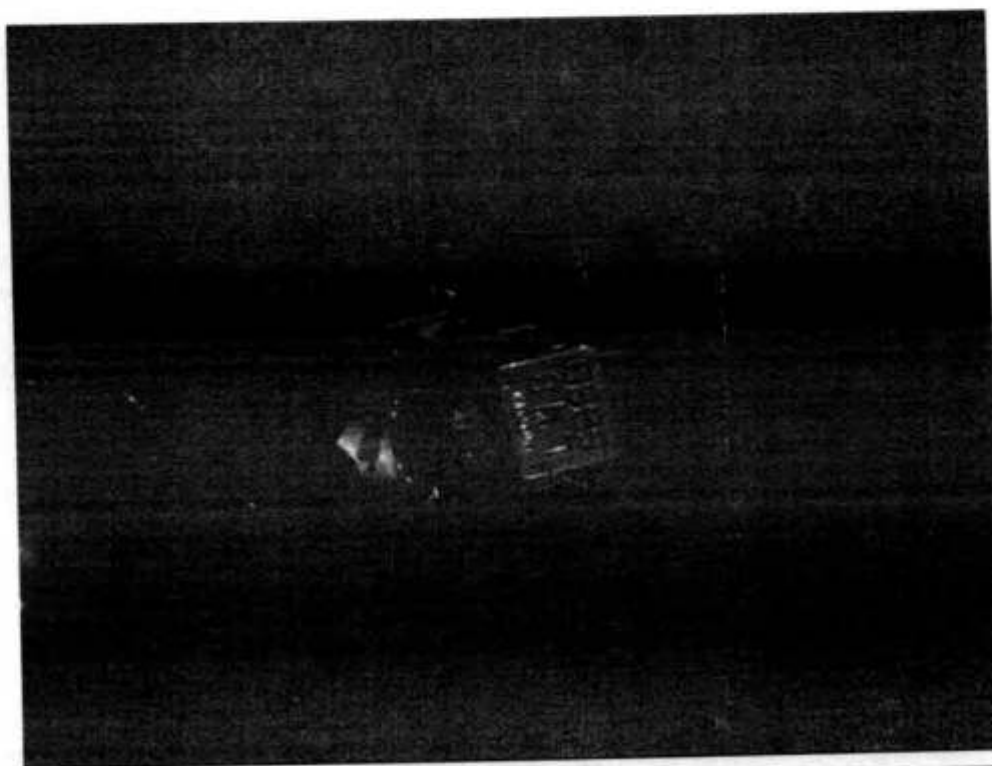
Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



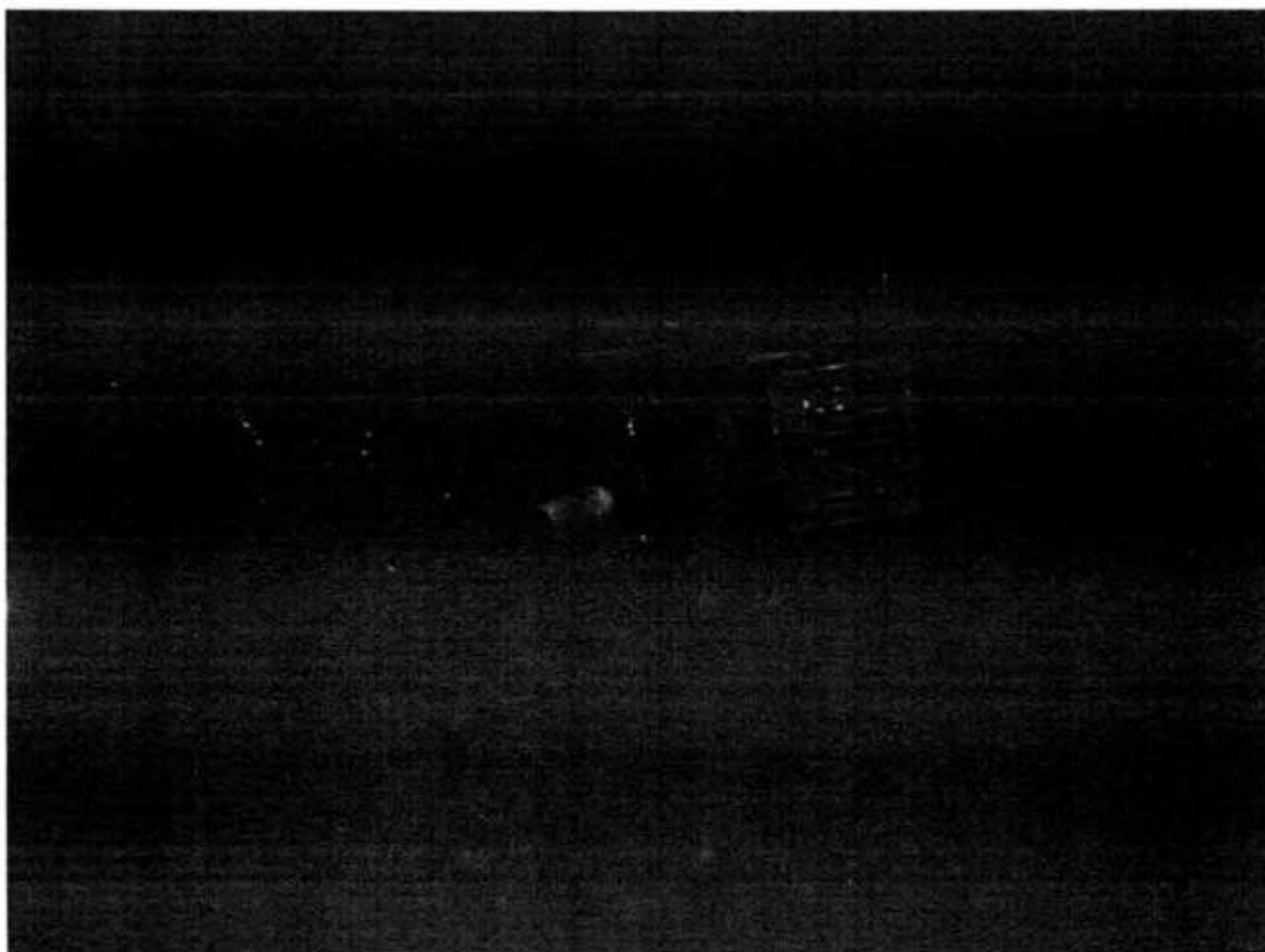
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Outro Objeto

Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto

NOME DO
PM:

JOSE R DE BRITO FILHO

Id. Func.:

310202

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 446.200.393-49 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Renato Fernandes de Mota

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

5 - Nome completo: Raimundo Renato Fernandes de Mota 6 - CPF: 446.200.393-49
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Farm Joso Carvalho 9 - Número: 4344 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Isabel 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64053-150
15 - E-mail: ruanseque2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0855 CONTA: 132623 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

impressão
digital do
vítima ou
beneficiário
não assinada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 29/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Prefeitura Municipal de Teresina

Serviço Social - Atendimento

Chamado

01 N° do chamado: 2437

02 Data do chamado: 25.06.09

03 PRO (código): 2905

04 Saída do PA: 20:30

05 Chegada ao local: 20:40

06 Saída do local: 21:00

07 Chegada ao 1º hospital:

08 Saída do 1º hospital:

09 Chegada ao 2º Hospital:

Localização

10 Endereço: R. JOSÉ TORQUATO UIANA

11 Bairro: MORADA DO SOL

12 Município UF: TERESINA PI

13 Ponto de referência: PROR, COLÉGIO MOSENHOR MELO

14 Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES

15 Sexo: 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado

16 Idade: 06/11/68

Se idade ignorada, preencha com 999

17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

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: 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado

20 Meio de locomoção: 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9- Ignorado

21 Outra parte envolvida: 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 9- Ignorado

22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15

ABERTURA OCULAR: 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma

RESPOSTA VERBAL: 5 Orientada 4 Confusa 3 Palavras inapropriadas 2 Palavras incompreensíveis 1 Nenhuma

RESPOSTA MOTORA: 6 Obedece a comandos 5 Localiza dor 4 Movimento de retirada 3 Flexão anormal 2 Extensão anormal 1 Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 68 Resp. 30/80 PA 130/80 TAX 98% SatO2 98%

25 Local da lesão: [Diagrama do corpo humano com X no abdômen]

26 Pupilas: 1- Iguais 2- Desiguais

27 Pulso Radial Central: 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente

28 Sangramento: 1- Sim 2- Não

29 Escala de Dor de 0 a 10: 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10

30 Fratura: 1- Sim 2- Não 3- Suspeito

31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não):
Aspiração Prancha longa/corta Imobilização de extremidades
Oxigênio Colar cervical Reanimação cardiopulmonar
Curativos Kred Assistência obstétrica

Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)

Não Removido

32 Hospital de Destino: 1- Sim 2- Não Durante o transporte

33 Condições de entrada: 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado

34 Óbito: 1- Antes do socorro 2- Antes do transporte 3- Durante o transporte

Hospital de Destino

Observações Interdisciplinares

Clínica vítima de acidente de trânsito, atingida pelo carro, com lesões dorsais e abdominais, relatou ter ingerido bebida alcoólica e apresentou contusão na região m4L. Supr. litias jato constante, fratura na região m4L. Foto imobilizada. Feridas limpas e suturadas. HVT.

Tayane de Castro Costa COREN-PI 60940

Enfermeiro Conductor Feitosa

Socorristas Médico AT Tayane de Castro Costa AE/TE 60940/2009-EE

Responsável pela recepção

Versão: 27.11.2011

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000132623-7

Nr. da Autenticação 6E61DB76FBC5BE0D

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000132623-7

Nr. da Autenticação 958C823595BB449A



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 06.880-710/0001-00 Linc. Especial: 15.301.282-5
Nº de Fato: 1 / Centro de Energia Elétrica - Série E-1
Regime especial de emissão autorizado pela SEFAZ do PA

Nº da Nota Fiscal: 0304577-6

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	29-11-2019	127	120,61

IRAMI NORONHA PEREIRA
R. FARM JOAO CARVALHO 4344 SANTA ISABEL

CPF: 00022030438367
CEP: 64.853-150 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Atual:	
Anterior:	22/11/2019
Próxima Leitura:	23-10-2019
Emissão:	23-12-2019
Apresentação:	21-11-2019
Dias de Consumo:	22-11-2019

Consumo Irregularidade:	127	FCAM
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		
Classe/Subclasse	NORMA	Código
Natureza Medidor		
Posição		
Código Est.	30	Módulo 12 dígitos

HISTÓRICO DE CONTAS

RESIDENCIAL	TRF	DE75440	DESCRIÇÃO DA CONTA	1.1.1.3	106
			CONSUMO	127 A R\$ 0,904643 =	114,88
			CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		0,90
			PAGAMENTO A MAIOR		4,17
			ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,56	
			ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,87	
OUT/19	114				
SET/19	98				
AGO/19	0				
JUL/19	0				
JUN/19	0				
MAI/19	0				
ABR/19	0				
MAR/19	0				
FEV/19	0				
JAN/19	0				
TÍTULO SEM TRIBUTOS					
V N 127 - R. 543962					

LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 8 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21-11-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO DO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
A78C. 5271. B8F8. 5040. 6927. 0636. 92DB. A8C0	
Distribuição	Alíquota ICMS
Energia	Valor do ICMS
Transmissão	114,88
24,14	39,61
Emissão	Valor do PIS
46,65	22,00%
Tributos	Valor do COFINS
7,89	25,27
3,86	INDICADORES DE CONTINUIDADE
32,34	1,46%
	1,26
	PIS
	6,48%
	5,31
	COFINS
	3,03
	3,03
	0,00
	0,00

TERESINA-SATELITE

09/2019 35,41
TOTAL A PAGAR - R\$



0424233-5
MÊS FATURADO

120,61
VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 06.880-710/0001-00 Linc. Especial: 15.301.282-5

11/2019 29-11-2019
Nº da Nota Fiscal: 0304577-6 FCM

83680000001 7 20610017000 3 00000000424 2 23351119008 1





Faça o contato
com o seu informante
pelo NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.745/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Contador de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	21824	Atual: 24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior: 24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura: 25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão: 23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação: 24/10/2019
Forma de faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

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

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - 0,635210

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode contar pelos dados de pagamento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, desde em contato com nosso atendimento ao cliente.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	1,40% 3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49% 17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DCE			FIC			DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Unidade	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Consumo	TERESINA-MACAUPA			Período de operação:			08/2019	EUSD: 100,91

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rozz Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Renato Fernandes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 446.200.393 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima
Raimundo Renato Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.200.393 / 49, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina 29 de novembro de 2019

Local e Data

Nelle Rozz Soares Marques
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Menezes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 514118

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".

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

Neurocirurgia (ok)
B. comarib
Ortopedia
Cirurgia Geral (ok)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS		Prontuário: 51473	
Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	Pai: ANTONIO DE SALES DE MORAIS		
End. Resid.: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 06/11/1968	Idade: 50a7m9d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: O MESMO	CNS: 708004343086321		
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: RG: 1113631 - SSP PI		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Ignorado		

Imp: 15/06/2019 21:37:02
(User: THIAGO.MELO)
(Estator: CONSULTA)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 726618	Entrada: 15/06/2019 21:23:57	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cod:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 30 MIN, REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS NO MOMENTO DO TRAUMA. VISIVELMENTE DESORIENTADO, DE DIFÍCIL AVALIAÇÃO DEVIDO AO ESTADO COGNITIVO.

- A) VIAS AEREAIS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT O2: 99%, FIO 92.
- C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME INOCENTE, PA: 140/80
- D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTA
- E) ESCORIAÇÕES EM FACE, LESAO CORTO CONTUSA EM REGIAO FRONTAL DIREITA. ESCORIAÇÃO EM OLHO ESQUERDO.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1240381) - T.C. DE CRANIO
- (1240382) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
- (1240384) - TORAX PA

Prescrição Médica:

Ortopedia

Encaminhar ao CC.

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

THIAGO MELO DIAS
CRM 4261 PI Em: 15/06/2019 21:35:59

João Simão de Sousa

Matr. 1547461

SAÚDE - HUT

CONTRE COM O ORIGINAL

Rocelio Rego

Ortopedia e Traumatologia

05-06-19 Ducomento

De acordo com o exame de arden e notocárdico;
anatomia elucida, sendo de curvatura
em oitavo. Se nome intrínseco não deu
variação funcional e estrutural a que nome extra-oral
a região de orla (1) mento e edema, equimose.
a exatidão imagem não foi detectado fotone em região
aface. L. Beredo para demais especialidades

Maria Cândida A. Lopes
Cirurgia Buco Maxilo Facial
CRO 1212 - CPF 308 102 503-75

Pelo momento: 17/08/19

Atropinto por neta

65211,011m

10 de oxigênio saturado

Te de oxigênio. 81 por cento saturação
liberado.

Col. - 11 após umidade a que
dele os umidade

CONFERE COM O ORIGINAL
SAVAT - HUT
MARTINS - 047427
JOÃO ALFREDO LOPES
23.58h

Dr. João Alfredo
Neurocirurgia

Paciente hemodinamicamente estável, Glasgow 15 (pouco
eupneico em ambiente. Ao exame físico: RCB,
eupneico, AEP: MV+, bilaterais, sem RA. Abdome:
flácido, indolente, sem VMB ou sinais de defesa.
Rx tórax e pelve (impresos): normal
ed. alta da cir. geral.

João Alfredo + Dra. Valéria Lopes



Dr. Lao

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

234/2S

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nomafo Fernandes de Moura

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Hb 13.6

Cardio OK

PA = 130 x 90

TAX = 35 x 80

Data: 20 de Junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____



Dr. Fernando



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



**Prefeitura de
Teresina**

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Moraes

- ☒ Conferir a identificação do paciente 234125
- ☒ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional PA. 130x100
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário R 66
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 18 de junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Tamires Rodrigues
Enfermeira
CUREN-PI 390.066



Rua Otto Tito, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



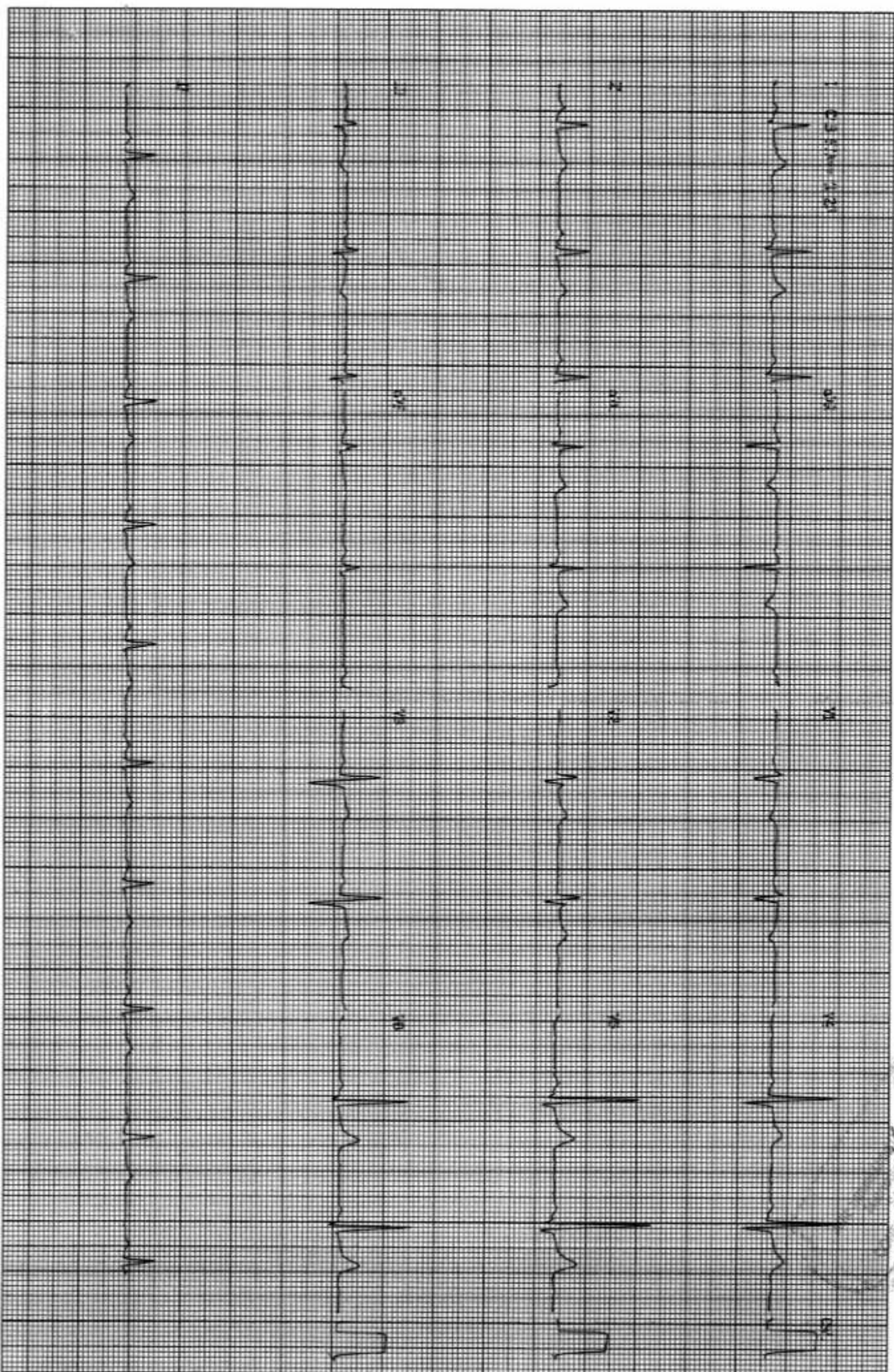
86 3229 - 4247



fht.hut@teresina.pi.gov.br

RAIMUNDO NOVAO FERNANDES DE MORAES
DN: 06/11/68

Sirley Maria Rindim Sampaio
Enfermeira
COPEN - PI 397-305



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: RODRIGO MONTEIRO FERRAZ

- (x) Conferir a identificação do paciente
- (x) Conferir cirurgia agendada
- () Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- () Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- () Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- (x) Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- (x) Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- (x) Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- (x) Retirar peças íntimas
- () Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- (x) Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- (x) Verificar instalação de hidratação venosa
- (x) Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- (x) Avaliar estado geral do paciente
- (x) Fazer registro de enfermagem no prontuário
- (x) Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- (x) Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- (x) Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- () Conferir demarcação do local da cirurgia.
- () Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

PA = 129 x 89
P: 78
Ba. 36,9%

Data: 16 de 06 de 19Enfermeiro responsável: Eduardo Melo G. P.
136429 AB
bifurca

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Luci Aparecida Pereira Identidade nº 2996604
abaixo assinado declaro que:

1. Responsabilizo-me pela internação do Paciente;
2. Autorizo a Instituição os Tratamentos propostos pelo médico assistente e a transferência ou remoção para outros hospitais, conforme indicação do médico;
3. Autorizo ao corpo clínico a promover operações, tratamento clínico, ou necropsia;
4. Responsabilizo-me por receber e retirar o paciente na ocasião da alta hospitalar;
5. Assumo toda a responsabilidade, caso retire antes da alta hospitalar;
6. Autorizo a direção do hospital a enviá-lo(a) a seu lugar de origem, caso o responsável, ou pessoa autorizada não venha buscá-lo(a), com exceção dos menores que só poderão sair acompanhados pelo responsável;
7. Autorizo que, em caso de falecimento, será comunicado a família do responsável, e não sendo o paciente reclamado no prazo de 24 horas, a instituição promove o sepultamento ou destinará conforme o previsto no decreto 11276, de 27/03/1934;
8. Autorizo, em caso de indicação médica, a amputação de membro(s) dos paciente, assim como a destinação final do membro amputado sob a responsabilidade do hospital

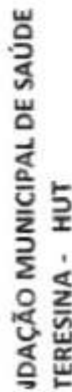
Autorizos membros: _____ Data 16/06/19

Endereço: _____

Identificação do Paciente: Raimundo Nerys Fernando De Menezes

Assinatura do Responsável: X Luci Aparecida Pereira

CONFERE COM O ORIGINAL
Município de Teresina
Município de Teresina
Município de Teresina



TERESINA - HUT

HOSPITAL

AGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
AIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES		514118	06/11/1968	50	Ortopedia	234	25	
		HORÁRIOS						
		OBSERVAÇÕES						
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
1 : 16/06/2019	FRAT DE PILÃO TIBIAL D + FÍBULA							
24/06/19	Visto em 24/06/19 Juliana Lima CN/Nº PI 5608 ✓							
1	Dieta oral livre							
2	Jeito calinizado							
3	Bromprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN							
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/3hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0.9% 100ml EV 6/6h							
6	Dipiridona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Clonazepam 40mg; 1amp SC 1XDIA							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Assinatura médica								
<div style="float: right;"> Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / CRM 33.367 </div>								

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: EDU NONATO F. DE MORAIS Nº PRONT: 511118 Nº LAUDO: 24/207

- ☐ ALTA HOSPITALAR
☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
☐ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-
DOADOR MORTO
☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
☐ TRANSFERÊNCIA
☐ EVASÃO
☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 25/06/19
Sérgio Luiz Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR



DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

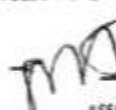
DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Amurdo N. F. de Moraes Nº PRONT: 514118 Nº LAUDO: 241204

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO
SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU
DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO
Justino Sérgio Leite Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT
ASSINATURA DO MÉDICODATA: / /

AUDITOR


Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria ORCAAFMS
CRM - PI 1638 - CPF 761.903.507 - 8
CNS 201080409100004
Justino Sérgio Leite Teixeira
Matrícula: 047467
SAE - HUT
CONFERE COM O ORIGINALDATA: 31/07/19

ASSINATURA DO AUDITOR



**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: 241204
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone: . . .		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone: . . .		
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL		
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- citada: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	40-Tp. Documento: CPF	41-Atividade: Ortopedia e Traumatologia
39-Data Solicitação: 16/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 838.230.773-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fratura exposta de pilão tibial D

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	51-Data Autorização: 31.01.19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAPMS CRM - PI 1638 - CPF: 013.563.037-1 CNS 20156040932004
		53-Ass.Cafimbo (Rg.Conselho)

(SOLIMAR BRITO)

RECEBEMOS DE 1 BRAGA E BRAGA IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 9327 SÉRIE: 1

	Braga e Braga Importação e Exportação Ltda R de Mato, 851 - Pácel, 09902-798 RIO BRANCO - AC Fone/Fax: 9832288057	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 Nº 9327 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO DA NF-e 1219 0663 6077 9000 0198 5500 1000 0093 2710 0043 7030 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
--	--	---	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda para não Contribuinte	NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e 312190002206606	DATA/HORA AUTORIZAÇÃO 17/06/2019 13:48:28
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0101604000124	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 63607790000198

DESTINATÁRIO/REMETENTE FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE		CNPJ/CPF 05522917000170	DATA DE EMISSÃO 17/06/2019
RUA GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015		BARRIO/DISTRITO AEROPORTO	CEP 64078-410
MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	ISENTO	HORA DE SAÍDA/ENTRADA 13:48:28
#1º: 648,11 17/07/2019 00:00:00			

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 648,11
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 648,11

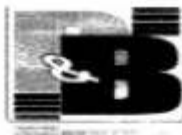
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 2 - SEM FRETE 9
ENDEREÇO	CODIGO ANTT
QUANTIDADE 0,00	ESPECIE
MARCA	NUMERAÇÃO
PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO															
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QTD.	VL. UNIT.	DESC. UN.	VL. UNIT. L.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
382	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300; LOTE: 2484818; SIGTAP: 07.02.03.048-6.	90211020	040	6108	UN	1,000	648,110	0,00	648,1100	648,11	0,000	0,00	0,00	0,000	0

CÁLCULO DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. ROCELDO REGO; PRONTUÁRIO: 514118; DATA CIRURGIA: 16/06/2019. 241204	RESERVADO AO FISCO





Braga & Braga Importação e Exportação Ltda.

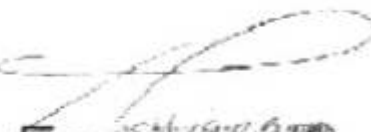
Teresina, PI – 21 de julho de 2019

JUSTIFICATIVA – CARTA CORREÇÃO.

A
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA HUT
TERESINA – PI

Prezados, em relação a nota fiscal 9327 o nome correto do Paciente é Raimundo Nonato Fernandes de Moraes.

Atenciosamente,


CNPJ: 63.607.790/0001-98
Insc. Estadual: 01.016.040/001-24
Braga & Braga Imp. Exp. Ltda
Rua 8 de Maio, 651 - Placas - Rio Branco
ACRE - 69.902-766

Braga e Braga Importação e Exportação LTDA
Thallyson de Aquino Braga
CPF: 000.103.602-55
RG: 457.432 AC








0632

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE:		CNPJ:	
PACIENTE:			
RG.HOSITAL:		COD.SIG TAP:	
DATA:		USADO:	
PROCEDIMENTO:			
MEDICO:		CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]

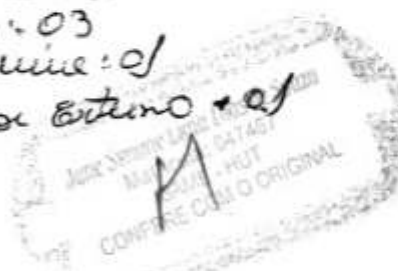
Responsável Pelo Preenchimento:	
Data: <u>16,06,19</u>	 Dr. Marcelo Rossi Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 35311/CP-MA 2.620
	 FERNANDA
Responsável pela Farmácia	responsável pelo Preenchimento


BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 16/06/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Raimundo Nonato Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>514118</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fratura exposta de pino</u>	CIRURGIA: <u>fixação externa</u>
ANESTESIA: <u>laço de tórax</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Rocelão</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Filipe</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Qualite</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO							
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Eletrodo: 05 Eupom: 03 Fixador: 01 Fixador externo: 01 			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	pino		
VICRYL				CIRCULANTE:	Ranne		
PROLENE							

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 215224	
	AIH: 2219100438104	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	NASCIMENTO 06/11/1968	SEXO M	PRONTUÁRIO 514118
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 64060010	ENDEREÇO - LOGRADOURO NAO INFORMADO			NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO MORADA DO SOL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PUNTIFORME, SEM DÉFICIT NEURO VASCULAR APARENTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA + FÍBULA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050543 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 83823077368 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 15/06/2019
DATA ADMISSÃO 15/06/2019 21:23	DATA ALTA 25/06/2019 12:25
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

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)) CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 22739379353 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA M CPF: DATA ANALISE: 16/06/2019 01:36:10
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



241204

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Paciente acompanhado

215224

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
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: 241204
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS			6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321		8-Nascimento: 06/11/1968		9-Sexo: Masculino	RG: 1113631 - SSP PI
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS					12-Fone:
13-Resp: (O MESMO)					14-Cor: Parda
15-End: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - 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>Trauma em tornozelo direito, apresentando lesão por fratura, com déficit neurovascular apresente</i>	
21 - Condições que justificam a internação: <i>necessária de Hx cirúrgica</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>2x / fratura plav. Hóvil D + fíbula</i>	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal da tibia	24-CID Prim: S823 25-CID Sec.: 26-CID C. Ass.:

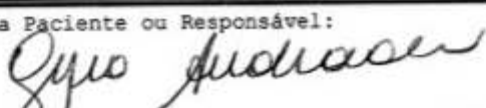
PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 838.230.773-68	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	34-Data Solicitação: 15/06/2019	35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): <i>ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO</i> Assessor de Auditoria - CCAAFMS CRM - PI 1038 - CPF 103.527-4 CNS 315804

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-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47-Data Autorização: 31/07/19	Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria - CCAAFMS CRM - PI 1038 - CPF 103.527-4 CNS 315804
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: 			Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 726618 Consulta SUS: Impressão: 16/06/2019 00:55:24

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 215224
	AIH: 2219100438104

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	06/11/1968	514118	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	O MESMO	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			NUMERO / LOTE
64000010	NAO INFORMADO			S/N
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MORADA DO SOL		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL	0408050543		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 50 anos, vítima de acidente de trânsito (atropelamento), apresentando trauma + fratura exposta em pilão tibial D. realizado tto cirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL 0408050543 S823.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016280706422	11/07/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
170263951200001		11/07/2019 17:10:16



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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código
Inter

4-CNES

5828856

24

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

-CNS: 708004343086321

8-Nascimento: 06/11/1968

9-Sexo: Masculino

6 - Prontuário: 514

11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS

CPF:

12-Resp: (O MESMO)

12-Fone:

15-Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010

14-Fone:

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior

0408050543

18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

21-Cod. Mudança Procd.

0415030013

20 - Mudança de Procedimento / Descrição

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

27-CID Prim: 26-Diagnóstico:

?

28-CID Sec.: 29-CID C

38-Profissional Responsável:

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

15/06/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

838.230.773-68

41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 50 anos, vítima de acidente de trânsito (atropelamento), apresentando trauma + fratura exposta em
pilão tibial D, realizado tto cirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL 0408050543 S823.

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:

31/07/19

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria ORCA/EMS
CRM - PI 1000 - CPF 151.583.557-9

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANA QUEIROZ)

**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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965925 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240388 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE FACE

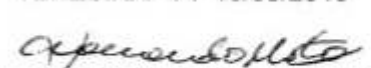
TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E ESFENOIDAIIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
 - CÉLULAS ETMOIDAIIS SEM ALTERAÇÕES.
 - COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIIS LIVRES.
 - COANAS PERMEÁVEIS.
 - NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019


LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





Etiqueta de Autorização

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE BPA INDIVIDUALIZADO**

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**

6 - Prontuário: 514118

7-CNS: 708004343086321

8-Nascimento: 06/11/1968

9-Sexo: Masculino

CPF:

11-Mãe: **AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS**

12-Fone:

13-Resp: **(O MESMO)**

14-Fone:

15-Ender: **NAO INFORMADO - MORADA DO SOL**16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64000-010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento

0206010044

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES

21 - Qtd

1**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

26-Diagnóstico:

27-CID Prim:

28-CID Sec.:

29-CID C.Ass

26-Observações/Justificativa:

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

THIAGO MELO DINIZ

39-Data Solicitação:

16.06.19

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

006.633.133-17

41-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselh)

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 965925

Consulta: 726618

Exame: 1240388

(THIAGO)

(Ass. Paciente/Responsável)

**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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965921 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240381 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE BPA INDIVIDUALIZADO**

Etiqueta de Autorização

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

582885

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**

6 - Prontuário: **514118**

7-CNS: **708004343086321**

8-Nascimento: **06/11/1968**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: . . .

11-Mãe: **AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS**

12-Fone:

13-Resp: **(O MESMO)**

14-Fone:

15-Ender: **NAO INFORMADO - MORADA DO SOL**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Procedimento

0206010079

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

21 - Qtd

1

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

26-Diagnóstico:

27-CID Prim:

28-CID Sec.:

29-CID C.Ass

26-Observações/Justificativa:

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

THIAGO MELO DINIZ

39-Data Solicitação:

15.06.19

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Med. Soli.:

006.633.133-17

41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

AUTORIZAÇÃO

48-CBU:

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Requisição: **965921**

Consulta: **926618**

Exame: **1240381**

(THIAGO DINIZ)

(Ass. Paciente/Responsável)

**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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965921 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240382 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL


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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019


LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Barbosa Renato Fernandes de Araújo*

Diagnóstico pré-operatório *fratura exposta de péto fibia (D)*

Operação - Tipo *fratura externa*

Cirurgião *Regu*

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *16.06.19*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0413010178 - T009
0408050543 - 5823
62 fixador

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

*perforação nos procedimentos para
pelo pólise fixador*

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*1- incisão de acesso supra e sub articular 2- anquia
+ anquise 3- colocação de campos estereis 4-
limpeza da ferida com 2% iodo 5- redução fecha-
da 6- montagem fixador supra 7- curativo*

Regu
Kocelão Regu
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15317/PA 11.2.08

JANE SUTURA
Márcia
SAÚDE - HUT
CONFERE COM ORIGINAL

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MENEZES				Nº DE REGISTRO	
P. ARTERIAL 120x80		PULSO 90	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA	PESO
GR. SANGÜÍNEO		HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA		ALTURA			
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA ml				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO ml				AGMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO ml				BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO ml				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL ml				CORTICOIDES	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
CONDIÇÃO SANGÜÍNEA (DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
				TOTAL DE DOSES	
ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO			SEQUÊNCIA
1 6011/100ml		2 6011/100ml			
2 6011/100ml		3 6011/100ml			
3 6011/100ml		4 6011/100ml			
4 6011/100ml		5 6011/100ml			
LÍQUIDOS		SO-LITO 500			DURAÇÃO
		SANGUE 400			
		OUTROS 300			
		200			
		100			
TEMPERATURA		Cº			DURAÇÃO
		260			
		240			
		220			
		200			
P. ARTERIAL		180			DURAÇÃO
		160			
		140			
		120			
		100			
INÍCIO E FIM ANESTESIA		80			DURAÇÃO
		60			
		40			
		20			
		10			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		10			DURAÇÃO
		10			
		10			
		10			
		10			
RESPIRAÇÃO		10			DURAÇÃO
		10			
		10			
		10			
		10			
SÍMBOLOS					DURAÇÃO
TÉCNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					
HISTÓRICOS					



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE BPA INDIVIDUALIZADO**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: -
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone: -	14-Fone: -	
13-Resp: (O MESMO)			
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Procedimento 0206010010	20 - Nome do Procedimento Principal TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	21 - Qtde. 1
--	--	------------------------

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

26-Diagnóstico:	27-CID Prin:	28-CID Sec.:	29-CID C.Ass.:
26-Observações/Justificativa:			

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante: THIAGO MELO DINIZ	39-Data Solicitação: 15.06.17	
40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Méd. Solic.: 006.633.133-17	

AUTORIZAÇÃO

48-CBU:	46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /
51-Cod. Órgão Emissor	46 - Nome do Profissional Autorizador:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 965921

Consulta: 726618

Exame: 1240362

(THIAGO DINIZ)

(Ass. Paciente/Responsável)

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

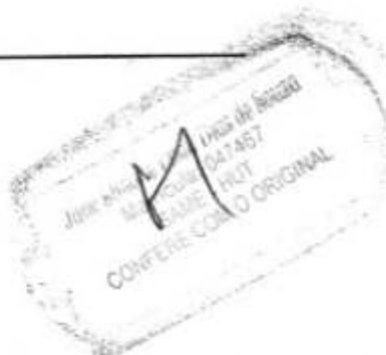
NOME DO PACIENTE: Raimundo Roberto Fernandes de Moura

234/25

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 25 de junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Tamires Rodrigues
Enfermeira
CORPUS 90.066



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Reto pmo

25/06/19	DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP LEITO 234/25	MÉDICO ASSISTENTE
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
HORÁRIOS				OBSERVAÇÕES	
1 Dieta oral livre após efeito anestésico					
2 SG 0,9% 500 ml EV 8/8h					
3 Keflin 1 g + 10 ml AD EV 6/6h					
4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6h					
5 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12h					
7 Ranitidina _ 01 amp + AD EV 8/8h					
8 Plamet - 1 AMP + AD EV 8/8H S/N					
9 CCGG + SSV					
10 TRAMAL 100 + 100 ML SF0,9% EV 6/6H					
11 CLEXANE 40mg SC 1X/DIA					
12 SSV + CCGG					
CONFERE COM O ORIGINAL					
Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-13461-SP - R. 13461-SP					
3					



IDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL JRG

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES		514118		06/11/1968	50	Ortopédica	234	25	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DI: 16/06/2019	FRAT DE PILÃO TIBIAL D + FÍBULA								
27/06/19	Aguarda cirurgia								
1	Dieta oral livre Eduarda Nogueira Visão Nutricionista CRP 01716								
2	Jeito salinizado								
3	Bromoprida 10mg/ml - 1 amp + AD EV 8/8 hs SN								
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 6/6h								
6	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
8	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA								
9	Curativos diários								
10	Cuidados gerais e sinais vitais								
Dr. Yuri Jivago Fialk Ortopedia e Traumatologia CRM 3415-TEOT/10029									
Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-TEOT/11305									
Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3367									

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Edo N. F. de Moraes Nº PRONT.: 519/118 Nº LAUDO: 29/10

- ☐ ALTA HOSPITALAR
☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
☐ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-
DOADOR MORTO
☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
☐ TRANSFERÊNCIA
☐ EVASÃO
☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO



Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DATA: 28/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR



João Gomes de Sousa
Médico - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR




Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	241800

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS			6 - Prontuário:	514118
7-CNS:	708004343086321	8-Nascimento:	06/11/1968	9-Sexo:	Masculino
				CPF:	. . .
11-Mãe:	AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS			12-Fone:	
3-Resp:	(O MESMO)			14-Fone:	
15-Ender:	NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010				
6-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

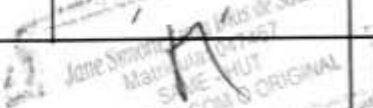
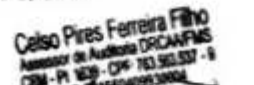
31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050578	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli- cidada:
0702030899	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM 1487-260-11913 Médico Ortop. Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 25/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FRACTURA DO M. LAT. LATERAL

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:
	31/07/19	
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(GIOVANNI RODRIGUES)



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

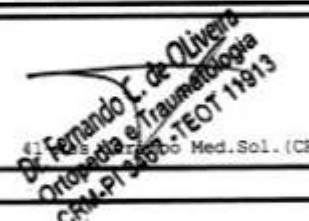
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 241800
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone:	14-Fone:	
13-Resp: (O MESMO)			
15-Endere: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010			
6-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

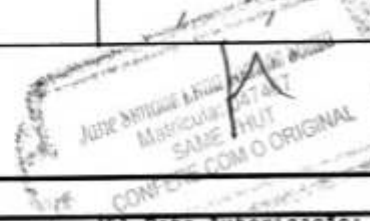
31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702031020	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM TREVO 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 2487-TEOT 11913
39-Data Solicitação: 25/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura da tibia distal

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: 31/07/19
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(GIOVANNI RODRIGUES)



Braga & Braga

Importação e Exportação

0604

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA	CNPJ:63607790000198			
FABRICANTE :	CNPJ:			
PACIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES				
RG.HOSPITAL: 241800	COD.SIG TAP:			
DATA:	ALTA:	USADO: 25/06/19		
PROCEDIMENTO: 0408050578 + 0408050543				
MEDICO: DR. FERNANDO	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:				
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

PLACA DEP 3,5MM			01
PARAF. CORTICAL 3,5MM			06
PLACA EM TREV 4,5MM			01
PARAF. CORTICAL 4,5MM			07

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: ____/____/____

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467-1807 11913



Handwritten signature

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento

RECEBEMOS DE 1 BRAGA E BRAGA IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-9
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 9426 SÉRIE: 1

	Braga e Braga Importação e Exportação Ltda R de Melo, 651 - Pianos, 69902-756 RIO BRANCO - AC Fone/Fax: 6832286057	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Série: 1 Entrada: 2 Nº 9426 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO DA NF-e 1219 0663 6077 9000 0198 5500 1000 0094 2610 0044 0293 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
--	---	---	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda para não Contribuinte	NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e 312190002366580	DATA/HORA/AUTORIZAÇÃO 28/06/2019 14:52:48
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0101804000124	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 63607790000198

DESTINATÁRIO/REMETENTE			CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE			05522917000170	28/06/2019
ENDEREÇO	BARRIO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA	
GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015	AEROPORTO	64076-410	28/06/2019	
TIPO	UF	PI	HORA DE SAÍDA/ENTRADA	
ESINA	PI	ISENTO	14:52:48	

Fatura	Nº 472,52 28/07/2019 00:00:00
--------	-------------------------------

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
,00	,00	,00	,00	472,52
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPT
,00	,00	,00	,00	,00
VALOR TOTAL DA NOTA				472,52

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
			0 - EMISSÃO 1 - DESTINATÁRIO 2 - SEM FRETE	9			
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
,00				,000	,000		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QTD.	VL. UNIT.	DESC. UN.	VL. UNIT. L.	VL. TOTAL	ICMS	VL. ICMS	VL. IPT	ALIQ. ICMS
12488	PLACA DCP ESTREITA 3,5 MM 8 FUROS LOTE: P22872 SIGTAP-07.02.03.089-6 LOTE: LOTE: 180003217 VALIDADE: 085	90211020	040	6108	UN	1,000	183,810	0,00	183,8100	183,81	0,000	,00	,00	,000
96	PLACA EM TREVO 4,5 MM 8 FUROS LOTE: S22255, SIGTAP-07.02.03.102-0 LOTE: LOTE: 180003217 VALIDADE: 085	90211020	040	6108	UN	1,000	288,710	0,00	288,7100	288,71	0,000	,00	,00	,000

CÁLCULO DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN
	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS; LOCAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. FERNANDO DOUTO DE OLIVEIRA; PRONTUÁRIO: 514118; DATA CIRURGIA: 25/06/2019.	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25, 06, 19

NOME DO PACIENTE: <u>Rafael Renato Fernandes de Menezes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>514118</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>raquiana</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>R. Fernandes</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Esteban Felipe</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>O. Thiago Mendes</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>sobrinha</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X38	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 720	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 75/88	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML		
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	05	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	200		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Presença	und	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				curapar	und	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 20	und	06					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Joine</u>			
VICRYL 0	und	02		CIRCULANTE: <u>luciane</u>			
PROLENE Vicryl 0	und	01					





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

241800

217770

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	241800

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS			6 - Prontuário:	514118		
7-CNS:	708004343086321	8-Nascimento:	06/11/1968	9-Sexo:	Masculino	RG:	1113631 - SSP PI
11-Mãe:	AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS			12-Fone:		14-Cor:	Parda
3-Resp:	(O MESMO)						
15-Ender:	NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - 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:

Trauma, dor, deformidade e limitação e incontinência

21 - Condições que justificam a internação:

TTO cirúrgico

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

Ra

23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID Prim: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo SUS 9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 217.817.218-07	Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3467-TEOT 11913
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	34-Data Solicitação: 25/06/2019	35-Ass.Carimbo Med.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-CBO:
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: 31/07/19	Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria - CAAPIS CRM-PI 1038-CPF 71.503.507-9 CNS 215604920004
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: 		Usuário: (GIOVANNI) Consulta Local: 726618 Consulta SUS: Impressão: 25/06/2019 12:21:10



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Leandro Norberto Fernandes de Moraes</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>FRAT. do pilaõ Tibial + med. lateral</i>		
Operação - Tipo <i>R.A.F.I</i>		
Cirurgião <i>Dr. Fernando</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Salomé</i>	Anestesista <i>Dr. T. Hugo Mendes</i>	Anestesia <i>Rogério</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<i>0108050513 - 5872</i> <i>placa</i> <i>0108050518 - 5876</i> <i>placa</i>

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

<i>1) Corte em Z sob maquiagem; 2) Preparo habitual; 3) Via longitudinal lateral e mediana; 4) Redução da Fíbula + Fixação com placa + parafusos; 5) Redução do pilaõ Tibial + Fixação com placa + parafusos; 6) Lavagem e SF 0,9%; 7) Suturas; 8) Curativos</i>
--

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - TBO 11913

Assinatura e Rubrica do Médico
Matrícula: 017457
UF: PI
CONFERE COM O ORIGINAL



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Zenônio Nogueira Farias de Menezes</u>	Prontuário: _____	Data: _____
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: _____	Peso: _____
Procedimento (s) proposto (s): _____		Apio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

EXAME FÍSICO

PA: _____	Pulso: <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG:		RX Tórax
ECO:		

ASA: _____ Anestesia proposta: ☐ Geral ☐ Outro: _____

OBSERVAÇÃO DE CRPA: _____

Anestesiologista: _____

CRM: _____

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA URINÁRIO						
CORTICOIDES				ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
						TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA	Cº	260				
OPERAÇÕES		240				
	38	2				
		200				
		180				
		160				
PULSO		1				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				
		100				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80				
		60				
RESPIRAÇÃO		40				
		20				
		10				
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
ANESTÉSICOS						
ANESTESIAS						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Porcino Augusto Fernandes Le Monens Sala: 10130 Alergia: Non Data: 28/6/10
Procedimento: Histúlio Libero Cirurgião: João Paulo Observações: Non

Assistido	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1		15											
2		25											
3		60											
4		2											
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
ARIN20													
Vólet	%												

Acesso Vascular
☒ Periférico
☐ Cat. Venoso nº G
☐ Cat. de acesso venoso
☐ Cateteres

☐ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2 /
☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Epidural
☐ Bloqueio Periférico

Medicação: Non

SP02 (%)	
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

1. Anestesia induzida 2. A+H de uso laríngeo + mg 50
3. Obs: 2g 4. Anestesia 5. A+H 2g

Thiago Mendes Barbosa
Anestesiologista
CRM - PI 5107 ROE 2912
Anestesiologista

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES


- (✓) Conferir a identificação do paciente
- (✓) Conferir cirurgia agendada
- () Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- () Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- (✓) Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- (✓) Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- (✓) Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- (✓) Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- (✓) Retirar peças íntimas
- () Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- (✓) Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- (✓) Verificar instalação de hidratação venosa
- (✓) Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- (✓) Avaliar estado geral do paciente
- (✓) Fazer registro de enfermagem no prontuário
- (✓) Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- (✓) Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- (✓) Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- (✓) Conferir demarcação do local da cirurgia.
- (✓) Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

PA = 140x80 mmHg, pulso = 81 bpm, Tax = 35.5 °C.

Data: 28 de JUNHO de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Sheyla Maria Barbosa
Enfermeira
COREN - PI 397.26

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES		514118	06/11/1968	50	Ortopédica	234	25	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 16/06/2019	FRAT DE PILÃO TIBIAL D + FÍBULA							
28/06/19								
1	Dieta oral livre							
2	Gelco salinizado							
3	Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN							
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
5	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 6/6h							
6	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
<div style="text-align: right;">  </div>								
Dr. Giordânio Cronembreg / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029		CRM312308		CRM3766-TEOT11305		CRM3367		



HOSPITAL DE URGÊNCIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Uirais

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Raul

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 514118

CÓDIGO OPME: 0702030694

JUSTIFICATIVA:

frat. fr. T. 1841 :
frat. Aronien
P. 1841 + Aronien

Teresina, 21/06/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, 31/07/19

Assinatura do Médico Solicitante

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria ORÇAMENTOS
CRM - PI 1630 - CPF: 063.903.537-9
CNPJ: 20.450.000/000001



17/11



**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: 241977
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone:	14-Fone:	
13-Resp: (O MESMO)			
15-Ende: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030040	32 - Descrição do Procedimento Especial: ARRUELA LISA	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 28/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

frat. Pires 28/06/19: Rati

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: 31.06.19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (DICA/FMS) CRM - PI 1428 - CPF: 703.963.537-5 CNS: 3486940930004
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde


1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	241977

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118				
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .		
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone:	14-Fone:			
13-Resp: (O MESMO)	15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

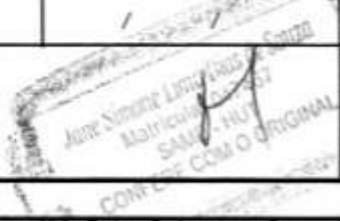
31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 28/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

frat. Carlucos Fract Tibial

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 31/06/19	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: 31/06/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DICAUFMS CRM-PI 1828 - CPF: 015.963.507-9 CNS: 28168240930004
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME 1423

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME <u>Raimundo Norato Fernandes de Morain</u>		
Nº AIH <u>241977</u>	Nº PRONTUÁRIO <u>534138</u>	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE <u>0702030406</u>		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME <u>Dr Raul</u>		
CRM Nº	CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL
		<u>28 / 06 / 19</u>
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
	<u>01</u>	<u>Fixador Linear</u>
		Lote: 014045 Código: F08 6 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FÊMUR T 300 - ESTERIL Fab.:11/03/2019 Val.:03/2024 Registro Anvisa Nº 80083450031 Material ACO INOX/ALUMÍNIO
		Lote: 015395 Código: AF35 6 680 PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X C X 4,5 X 200 X I Fab.:15/03/2019 Val.:03/2024 Registro Anvisa Nº 80083450026 Material ACO INOX F138
		Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
		Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:		CNPJ Nº
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM <u>18/06/2019</u>	EM <u>18/06/2019</u>	
<u>[Assinatura]</u> Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		<u>[Assinatura]</u> Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Raimundo Abonato Fernandes de Utrais

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Raul

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 514118

CÓDIGO OPME: 0702030694

JUSTIFICATIVA:

per. fur. T. 15ml :

placenta avulsão

parafuso + anel
cortical

Teresina

20/06/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante





**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: 241977
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: -
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone: -		
7-Resp: (O MESMO)	14-Fone: -		
15-Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
6-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	Quant. Soli- cidada: 1
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030040	32 - Descrição do Procedimento Especial: ARRUELA LISA	
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 28/06/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 004.798.243-80	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa da Solicitação:

AUTORIZAÇÃO

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

(KARLA BATISTA)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor, 3ª via - Processo de pagamento.

RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.029.919 SÉRIE: 1	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.		DANFE Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
SPINE MEDICAL	R. Magalhães Filho, Nº 175 Bairro: Centro Teresina - PI CEP: 64000-128 FONE: (86) 3221-0318	0 - Entrada 1 1 - Saída Nº 000.029.919 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 2219 0711 6641 1800 0130 5500 1000 0299 1910 0000 0011 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322190009785555 - 2019-07-09T14:15:50-03 CNPJ 11.664.118/0001-30
	DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE ENDEREÇO Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015 MUNICÍPIO Teresina		CNPJ/CPF 05.522.917/0001-70 CEP 64002-530 UF PI INSCRIÇÃO ESTADUAL
DATA DA EMISSÃO 09/07/2019 DATA DE SAÍDA/ENTRADA 09/07/2019 HORA DE SAÍDA 14:16:49			

FATURA/DUPLICATA	
Número 001	Data Vcto. 08/08/2019 Valor 23,39

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	23,39	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23,39

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO		FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF PI
ENDEREÇO R: MAGALHAES FILHO, 175		MUNICÍPIO TERESINA		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
Q.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL.ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P. TRIB.
003202	0702030040 - ARRUELA LISA REF: 40100000452 LT: 03907/18	90211020	040	5102	UN	1,0000	8,0500	8,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3444	0702030094 - PARAFUSO CORTICAL 3,5MM REF: 40104500301 LT: 01170/19	90211020	040	5102	UN	1,0000	15,3400	15,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00


DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 (PCT: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS) PRONT: 514118 (CONV: SUS) (DR: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO)
 (DATA: 28/06/2019) (HOSP: HUT)

RESERVADO AO FISCO



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 06 / 2019

NOME DO PACIENTE: Raimundo Amato F. de Mota	PRONTUÁRIO Nº: 514118
DIAGNÓSTICO: Fratura pilão tibial D	CIRURGIA:
ANESTESIA: Dra. Flávia	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. Raul	CPF Nº:
AUXILIAR: Estudante	CPF Nº:
ANESTESIA: Raquel	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Cristiane Vasconcelos	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	2		LUVA Nº 710	PAR	2	
AGULHA 40X12	UNID.	1		LUVA Nº 810	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	4	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	4		SERINGA 20CC	UNID.	2	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	4	
GASES	PAC.	4		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 21	UNID.	2		Estredes	UNID.	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		Jelco m = 22	UNID.	1	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		Ustadua cupom	UNID.	3	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON 2.0		3					
FITA UMBILICAL		—					
VICRYL 1.0		2		ENFERMARIA: Jalemi			
PROLENE		—		CIRCULANTE: Caio			

Nome: Simone
 Matrícula: 64457
 S. M. - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 218731

AIH: 2219100474118

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO

06/11/1968

SEXO

M

PRONTUÁRIO

514118

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

64000010

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NAO INFORMADO

NUMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

MORADA DO SOL

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PUNTIFORME, SEM DEFICIT NEURO VASCULAR APARENTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA + FIBULA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050543 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

28/06/2019

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

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83823077368

CRM:

DATA ADMISSÃO

28/06/2019 10:59

DATA ALTA

30/06/2019 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA

CPF: 06570216368

CRM:

DATA ANÁLISE: 28/06/2019 11:04:24

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

218731

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação4-CNES
5828856**2419**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**7-CNS: **708004343086321**8-Nascimento: **06/11/1968**9-Sexo: **Masculino**6 - Prontuário: **514118**11-Mãe: **AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS**RG: **1113631 - SSP PI**13-Resp: **(O MESMO)**

12-Fone:

15-Endereço: **NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010**14-Cor: **Parda**16-Munic: **TERESINA**17-Cod. IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*fratura fechada / lesão
na articulação do joelho*

21 - Condições que justificam a internação:

fratura fechada

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

exatidão / R2

23-Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade distal da tíbia

24-CID Prim: **S823**

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408050543**

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.: **004.798.243-80**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

34-Data Solicitação:

28/06/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

21/07/19

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria ORCA/FMS
CRM - PI 1639 - CPF: 161.361.531-8
CBO 2019/04/09/30004

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Usuário: **(KARLA BATISTA)**
Consulta Local: **726618**
Consulta SUS:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

[Assinatura]

FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Nonato Fernandes de Moraes

Sala:

Alergia:

Nega

Data:

28/06/19

Cirurgião:

Raul

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína	mg	12											
2 Morfina	mg	80	75	54									
3 Fentanil	mcg	50											
4 Midazolam	mg	5											
5 Dipriona	g	2											
6 Oximetazona	mg	10											
7 Remifentanyl	mg	50											
8 Bextra	mg	40											
9													
10													
11													
12													
13													
Q													
A													
V													

30/min

%

Acesso Vascular

- ☒ Periférico
Cat. Venoso n° 22G
☒ Dificuldade acess. venoso
Gastos 03 cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT n°
☐ LMA n°

Monitorização:

- ☒ Cardíaco
☒ PAM
☒ Oxímetro de pulso
☐ EtCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DOH

SPO2 (%)	99	98	97	98	97
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso	SF				
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Anestesia: ① monitorização; ② Versolix m50 (abscath 22G); ③ BSA

técnica amniótica, pele rentada e punção única L4-L5, agulha 25G)

④ sedação; ⑤ Cateter O2; ⑥ Adjuvantes; ⑦ RPA

Ficha de Anestesia
CSA-PI 58.2

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Raimundo Renato Fernandes de Menezes</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura pilão tibial (D)</i>		
Operação - Tipo <i>Pinos + fixação externa</i>		
Cirurgião <i>Dr. Raul</i>	1º Assistente <i>Estudante</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Christiane</i>	Anestesista <i>Ma. Flávia</i>	Anestesia <i>Raque + Oxigênio</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação <i>28/06/2019</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>fratura do fêmur da perna da ostesossíntese: intramedular (fix)</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Arterias Arteriais (Perforadas)

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. *Pinos*
2. *Pinos / Arteriais*
3. *Pinos + Arteriais A-P*
4. *Arteriais*
5. *Arteriais*

RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.029.920 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.  SPINE MEDICAL R. Magalhães Filho, Nº 175 Bairro: Centro Teresina - PI CEP: 64000-128 FONE: (86) 3221-0318		DANFE Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.029.920 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 2219 0711 6641 1800 0130 5500 1000 0299 2010 0000 0012 <small>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</small>
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322190009786305 - 2019-07-09T14:25:35-03 CNPJ 11.664.118/0001-30	

DESTINATÁRIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE		CNPJ/CPF 05.522.917/0001-70	DATA DA EMISSÃO 09/07/2019
ENDEREÇO Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015		BAIRRO/DISTRITO Porenguato	CEP 64002-530
MUNICÍPIO Teresina		UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FONE/FAX (86) 3194-6777		HORA DE SAÍDA 14:26:34	

FATURA/DUPPLICATA		
Número 001	Data Vcto. 08/08/2019	Valor 648,11

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00
BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SIGUIRO 0,00
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPI 0,00	VAL. APROX. TRIB. 0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 648,11	
VALOR TOTAL DA NOTA 648,11	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO	FRETE POR CONTA 0 - Rem.
CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO
UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO R: MAGALHAES FILHO, 175	MUNICÍPIO TERESINA
UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE	ESPÉCIE
MARCA	NUMERAÇÃO
PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL. UNIT.	VAL. TOT.	BC ICMS	VAL. ICMS	VAL. IPI	% ICMS	% IPI	V. AP. TRB.
003145 0702030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR (Ref: F08 8 208 Qtd.: 1 Lote: 01406S) (Ref: AF35 8 680 Qtd.: 8 Lote: 01539S)	90211020	040	5102	UN	1,0000	648,1100	648,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (PCT: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS) PRONT 514118 (CONV. SUS) (DIR: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO) (DATA: 28/06/2019) (HOSP. HLT)	RESERVADO AO FISCO

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

25240

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Raimundo Norato Fernandes de Menezes
 Nº AIH 241977 Nº PRONTUÁRIO 514118

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030406

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Paul

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

28.06.19

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)

01

Fixador Linear

Lote: 014065 Código: F08 8 205
 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA
 SARTORI - LINEFIX
 TÍBIA/FÊMUR T 300 - ESTÉRIL
 Fab.:11/03/2019 Val.:03/2024
 Registro Anvisa Nº 80083650031
 Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 015395 Código: AF35 8 680
 PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R
 X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:15/03/2019 Val.:03/2024
 Registro Anvisa Nº 80083650026
 Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM Paul Roberto de Macedo Neto
 Cirurgião Traumatologista
 CRM 3849
 TEOT 12594

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

EM Paul
 Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário; 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	241977

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118
7-CNS: 708004343086321 8-Nascimento: 06/11/1968 9-Sexo: Masculino CPF: . . .	12-Fone:
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	14-Fone:
-Resp: (O MESMO)	
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 28/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	
		41-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fratura (aberta) do pilão tibial

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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



(KARLA BATISTA)

**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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965921 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240382 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável




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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
 Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
 Requisição: 965921 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
 Controle: 1240381 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável



**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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a8m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965923 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240386 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 15/06/2019

MEMBRO INFERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas nas diáfises da fibula e tibia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a8m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965923 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240385 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 15/06/2019

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a8m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965923 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240384 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 15/06/2019

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965925 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240388 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E ESFENOIDAIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Jane Simão Costa
M
Médica - R.O. 167
SABO - 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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241204
Requisição: 965990 Solicitação: 16/06/2019 Solicitante: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Controle: 1240515 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 16/06/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas fragmentadas recentes desalinhadas distais nos ossos da perna.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável




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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
 Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241800
 Requisição: 969351 Solicitação: 25/06/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 Controle: 1247361 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 25/06/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas fragmentadas recentes distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241977
Requisição: 970409 Solicitação: 28/06/2019 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
Controle: 1249492 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 28/06/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas fragmentadas recentes distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável




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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
 Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241977
 Requisição: 970409 Solicitação: 28/06/2019 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
 Controle: 1249491 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 28/06/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas fragmentadas recentes distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

JUN 2019 L. 10.405 de 2002
 M. 10.405 de 2002
 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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747893
Requisição: 1015527 Solicitação: 22/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1341749 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 22/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747893
Requisição: 1015527 Solicitação: 22/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1341748 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 22/10/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas antigas distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747893
Requisição: 1015527 Solicitação: 22/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1341747 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 22/10/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas antigas distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



RELATÓRIO MÉDICO

Atendemos paciente masculino nome
Fernando S. MORAIS, 40 anos de idade
de Curitiba, foi atendido em 15.06.19 às
20:28HS. sendo sofria forte fratura que não
curamos com fratura exposta na porção
distal da tibia direita onde foi fixado
cirurgicamente a travessa de arcondite
que seja, placa, parafusos e fios de titânio.
Complicação com fratura da fíbula.
Com a fixação de fratura, a tibia com
sequelas: fortes dores, limitação do
movimento, com redução de
exercícios de academia e alongamento
acompanhado de uso de analgésicos.
Com acompanhamento funcional
de 85%.

Edimar Machado
20.12.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 1.113.631

DATA DE
EXPEDIÇÃO 25/11/13

NOME
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

FILIAÇÃO

AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS
ANTÔNIO DE SALES DE MORAIS
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

BATALHA-PI

06/11/1968

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 3930.1.598.F.18847
EXP. TERESINHA-PI 29/09/13

TERESINA-PI
CPF (TERESINA)

446.200.393-49 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.260/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

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

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 81/F 141


EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS : 446.200.393-49

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: 02/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Eu Raimundo Nonato Fernandes
de morais . CPF : 446.200 393 - 49
sopie um acidente de transito. e vós
liberaram uma pericia pra mim
e eu não pude comparecer tava
com febre, aí pesso que vós
remanquem novamente.
fico no aguardo.

Teresina pinai 22/07/20

Raimundo Nonato Fernandes de morais

AGUAS DE TERESINA

CEP: 61131-000 - TERESINA - PI
R. Prof. Carlos Ribeiro, 790 - Bairro da Terra - CEP: 61131-000
Telefone: (085) 223 2000 ou 225 7 0000

NOME / ENDEREÇO
MORADOR AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS
PROPRIETARIO: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS
CON MOCAMBINHO - SETOR
B.Q. 022 C-019 MOCAMBINHO-TERESINA-PI CEP: 64010-240

017-00033-000-48
017-00033-000-48

RESUMO DE CONSUMO	PERÍODO	VALOR	UNIDADE	COMENTÁRIOS
13/01/2020	13/01/2020	1178	m³	
14/01/2020	14/01/2020	2193	m³	
15/01/2020	15/01/2020	2193	m³	
16/01/2020	16/01/2020	2193	m³	
17/01/2020	17/01/2020	2193	m³	
18/01/2020	18/01/2020	2193	m³	
19/01/2020	19/01/2020	2193	m³	
20/01/2020	20/01/2020	2193	m³	
21/01/2020	21/01/2020	2193	m³	
22/01/2020	22/01/2020	2193	m³	

ANTERIOR 23/12/2019 1178
ATUAL 24/01/2020 2193

TABELA DE VALORES	VALOR DE REFERÊNCIA	VALOR DE REFERÊNCIA
RESIDENCIAL	36,37	36,37
INDUSTRIAL	11,4	11,4
COMERCIAL	11,4	11,4
OUTROS	11,4	11,4

ANOMALIAS / ANOMALIAS

A VIOLAÇÃO DO CORTE E AUTO REGULAÇÃO DE
Multa no valor de R\$ 453,90 a R\$ 2.500,00

NOTIFICAÇÃO

PARÂMETROS	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES
CLORO LITRO	20150	20150	20150	20150	20150
CONDUTIVIDADE	1000	1000	1000	1000	1000
pH	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2
TURBIDIDADE	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
TEMPERATURA	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0

PARÂMETROS	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES
CLORO LITRO	20150	20150	20150	20150	20150
CONDUTIVIDADE	1000	1000	1000	1000	1000
pH	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2
TURBIDIDADE	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
TEMPERATURA	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669685 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Descrição do exame físico: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 20º) DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 12,5% (tnz D). O "PI" ora estabelecido (6,25%) é complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669685 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DISTAIS DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 36/41/44/55/58/61/63/77_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669685 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1(RELATÓRIO) *** 130320 *** / VÍTIMA PERICIADA EM 09/01/2020.
REANÁLISE CONCLUÍDA E SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Raimundo Renato Fernandes de Moraes</u>			
RG: <u>1.113.631</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>25/11/13</u>	
CPF: <u>446.200393-49</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>desempregado</u>	
ENDEREÇO: <u>R Farm João Cordeiro</u>			Nº: <u>4344</u>
COMPLEMENTO: <u>lota</u>	BAIRRO: <u>Santa Isabel</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP:	TELEFONE:

AMTARIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES			
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSS/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>	
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>	PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>	
ENDEREÇO: <u>RUA 24 DE JANEIRO</u>			Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>CENTRO</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

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

Raimundo Renato Fernandes de Moraes

Data do acidente de trânsito: 15/06/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí - 24/10/2019

Raimundo Renato Fernandes de Moraes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECONHECER POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO RENATO FERNANDES DE MORAES, DOU FE, EM TERESINA, DA VERDADE. Teresina-PI, 24/10/2019. Selo: AR6788-105M www.tjpi.jus.br/poderalexta

AMTARIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO

Paróquia
Ferreiros

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Visconde de Albuquerque, 1121 - Centro - CEP: 50040-000 - Recife/PE - Fone: (81) 3211-0000 - E-mail: teresina@cartorio3.com.br

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190669685**

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Farmacêutico João Carvalho, 4344 - SANTA ISABEL - Teresina - PI - CEP 64053-150

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1113631**

Data e local do acidente: [**15/06/2019**]

RUA JOSE TORQUATO VIANA, 1861 MORADA DO SOL TERESINA PI

Data e local do exame: [**09/01/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO TORNOZELO DIREITO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Número do Sinistro: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 23/06/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Número do Sinistro: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/12/2019

Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

CPF: 446.200.393-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019

Nome: Danielle Nobre de Sousa

CPF: 897.999.253-04

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Número do Sinistro: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/12/2019

Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

CPF: 446.200.393-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019

Nome: Danielle Nobre de Sousa

CPF: 897.999.253-04

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS : 446.200.393-49

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: 02/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Número do Sinistro: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 23/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa