

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 02 de 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

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

Rio de Janeiro, 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:

446.200.393-49

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 nemoto Fernandes de morais

6 - CPF:

446.200.393-49

7 - Profissão:

Desempregado R. Farm Jaoz Carvalho

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Isabel

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64053-150

15 - E-mail:

ilhavenseguros2@hotmail.com

16 - Telef/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:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 132623

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

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

34

Impressão digital da
assinatura da
declarante
não é necessária

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - PI 29/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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
Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA MILITAR

NÃO VAI PRECISAR

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 sousa	CNH 563370	
	Sexo	Masculino		
Endereço	Rua Santa irene número 8070 bairro Santa Bárbara município de Teresina			
Proprietário	Francisco das Chagas Ferreira de sousa		Espécie	Passageiro
Veículo: Marca / Modelo	HONDA/125	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		

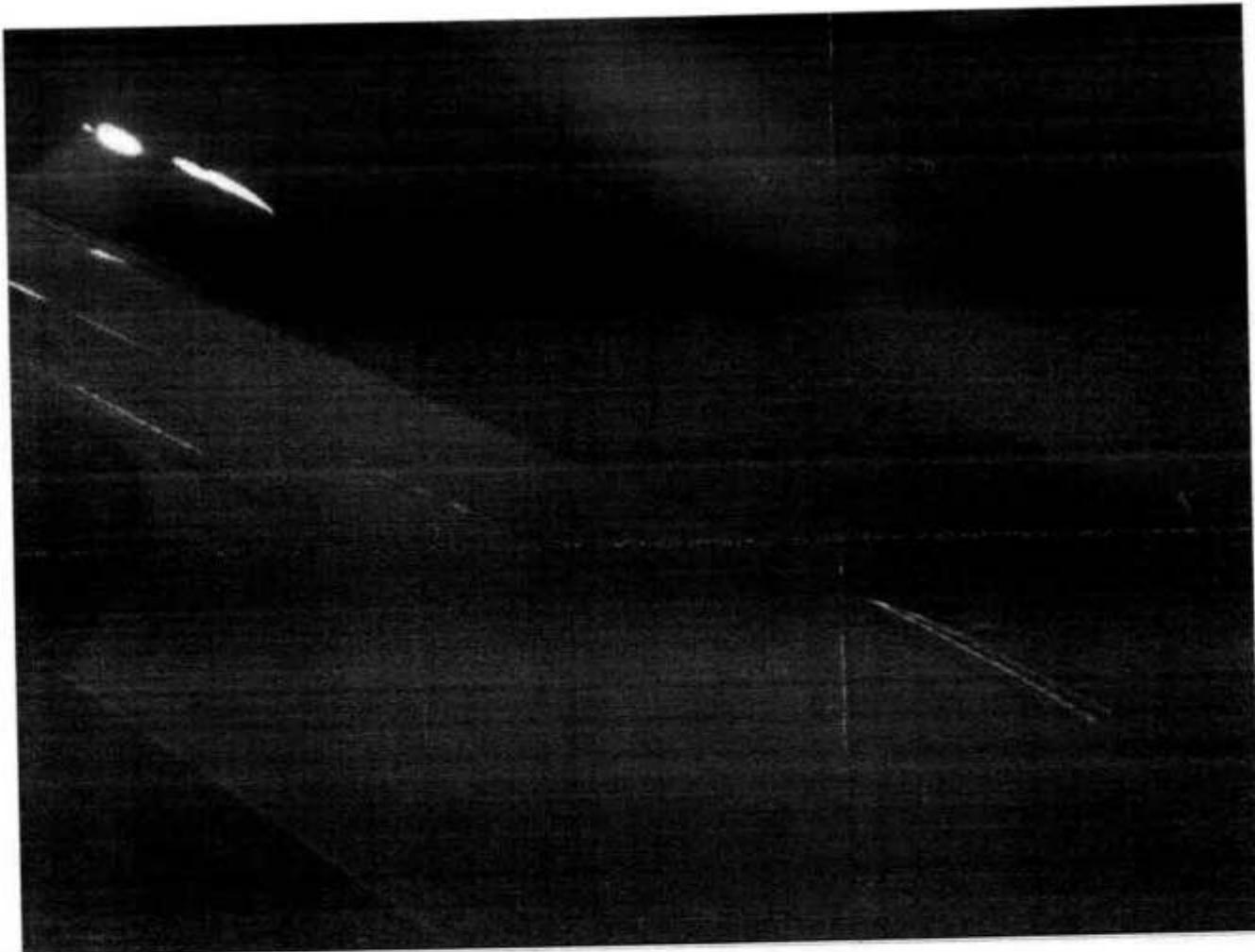
Testemunhas

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, informado 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	Invalidade Permanente
Certidão de Óbito		Prova das despesas médicas
Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas	Registro de Ocorrência Policial
Prova de Qualidade de beneficiário	Registro de Ocorrência Policial	Rel. médico atestando o tipo e grau definitivo de invalidade

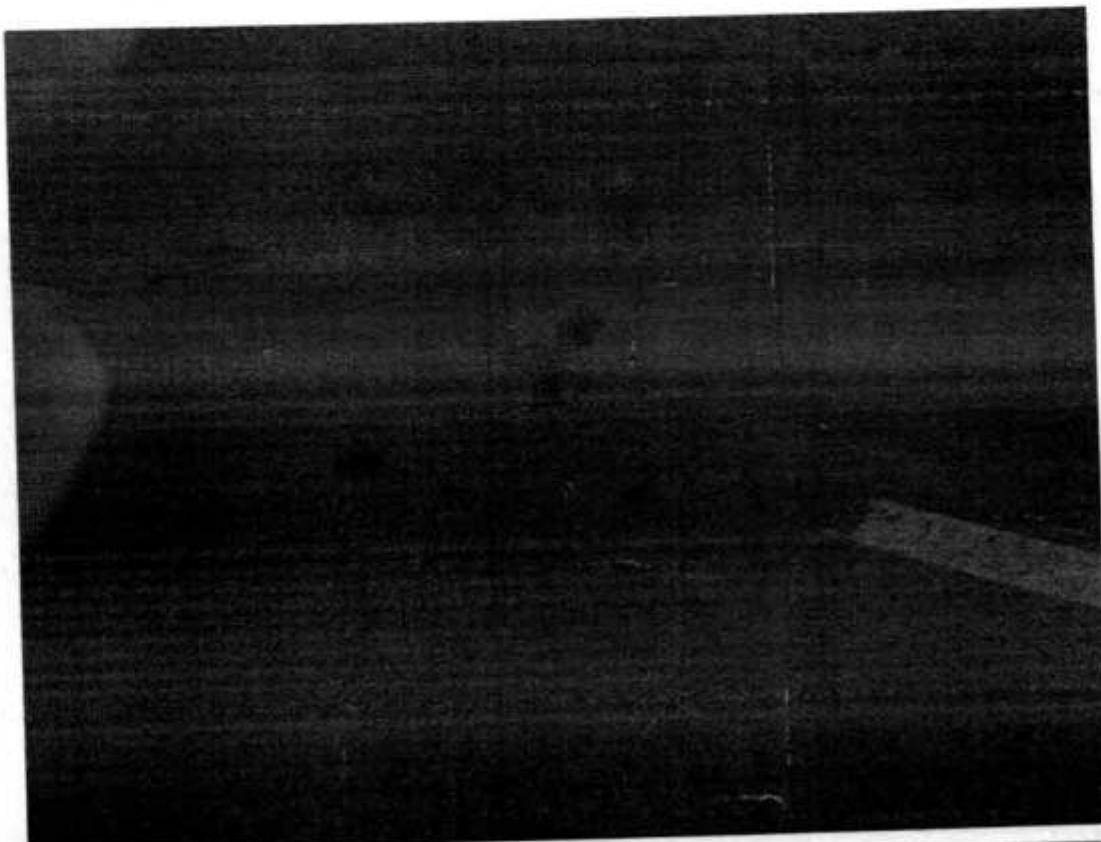
ONDE SOLICITAR: O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.

Imagens



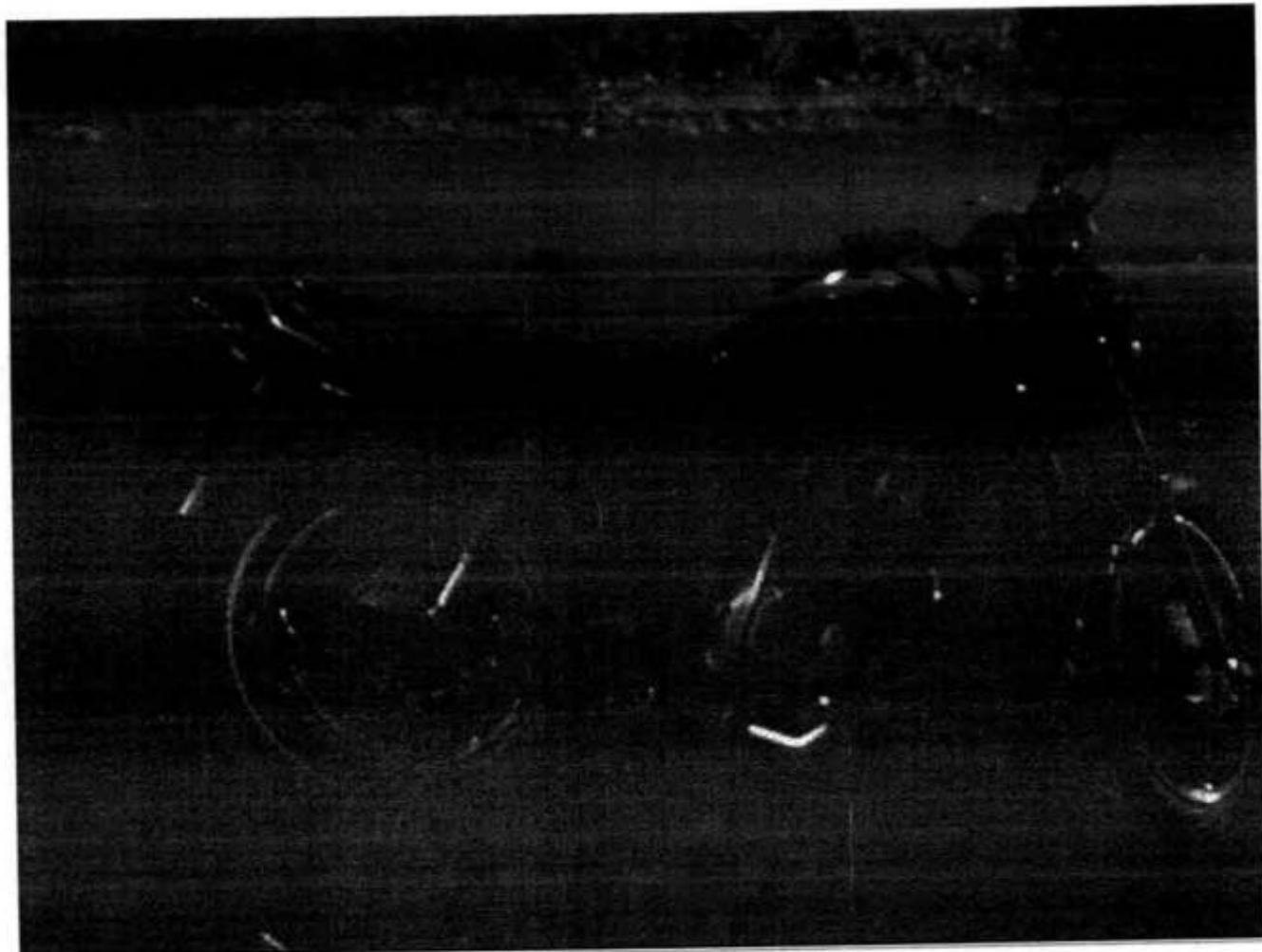
Tipo: Local

Descrição:



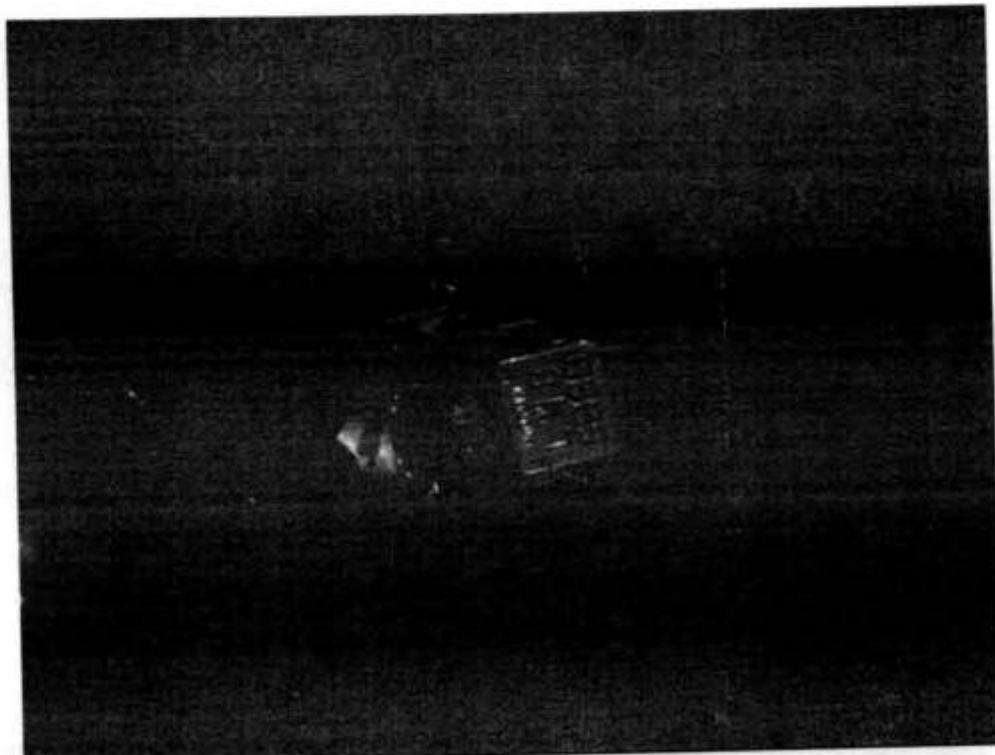
Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



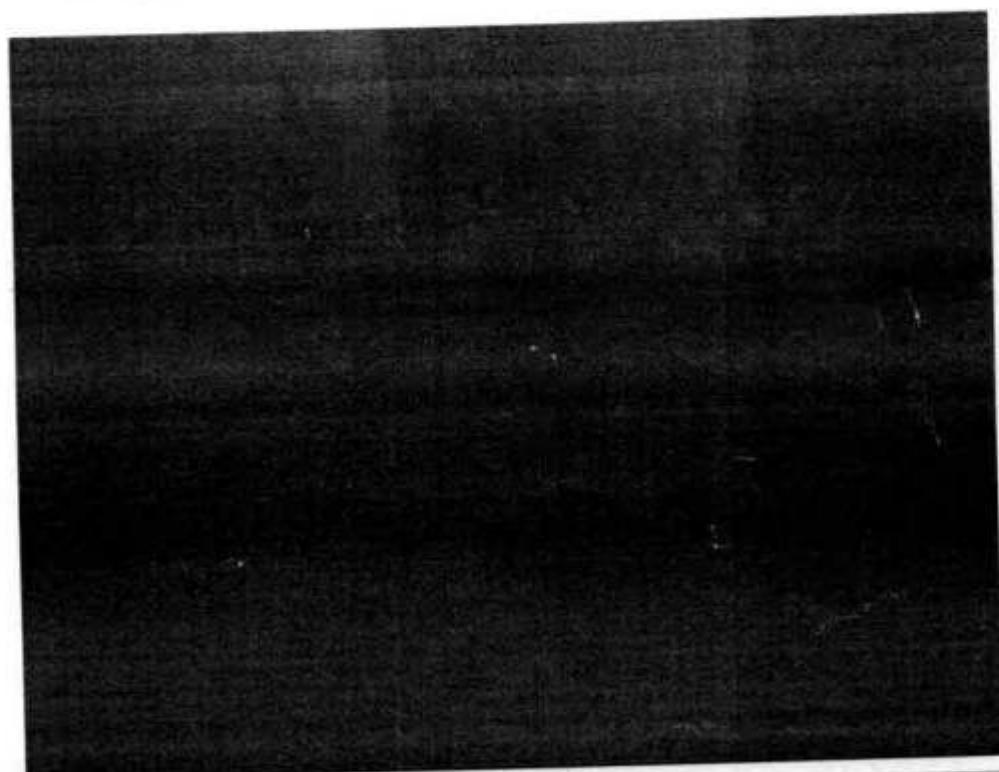
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



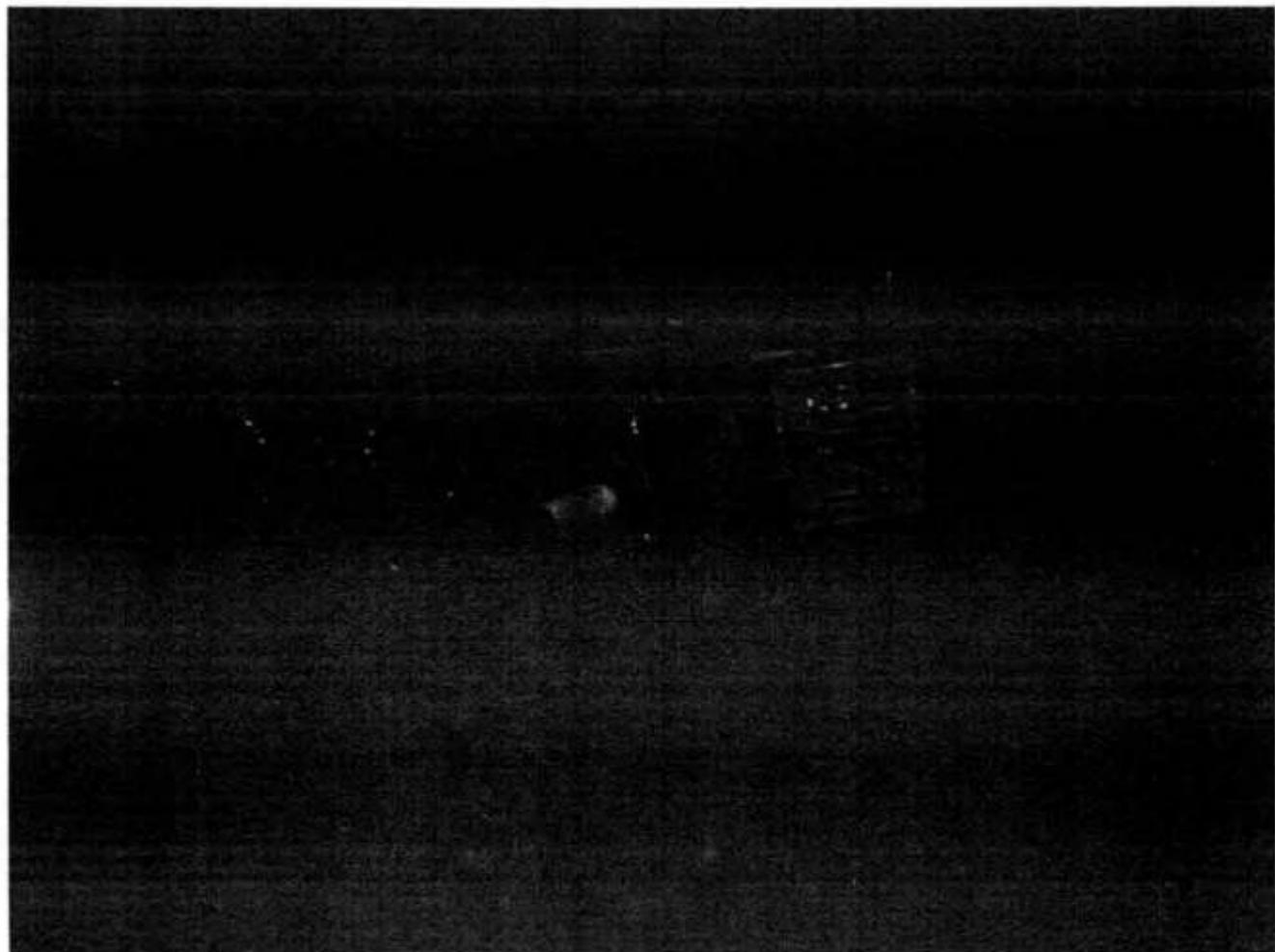
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto

Tipo: Outro 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 nemato Fernandes de morais

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 nemato Fernandes de morais

6 - CPF:

446.200.393-49

7 - Profissão:

Desempregado

11 - Bairro:
Santa Isabel

15 - E-mail:
luvansergues20@hotmail.com

8 - Endereço:

R. Farm Joao Carvalho

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64053-150

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

9 - Número:

4344

10 - Complemento:

esq

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

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):

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 beneficiário que assinou o documento

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 29/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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



Para contato
conselho, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.742/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal (CF) da Energia Elétrica - Série B-1
Registro Oficial de impressão autorizada pela SIEFAZ 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\$)
OUTUBRO/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 Médio:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento: NÓRMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	30

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

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - 0,944936

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 cancelar este aviso de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio do número constante de atendimento.

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	Aliquota 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

	DIC			FIC			DMIC		DINR	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	
Último:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03			
Realizado:	0,00			0,00			0,00			

Conselho: TERESINA-NACALPA Período de apuração: 08/2019 BSCP 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

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

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>64 000-235</u>
Email			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 29 de novembro de 2019
Local e Data:

Nelle Rose Sales Menezes
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Morais
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 514318

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 URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02Neurocirurgia
Bico maria
Ortopedia
Cirurgia Geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS		Prontuário: 514113
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	

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			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sign/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indicado

Breve História Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT 92-99%
- 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) ESCORIACÕES EM FACE, LESAO CORTO CONTUSA EM REGIÃO FRONTAL DIREITA. ESCORIACÃO EM OLHO ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

ortopedia
Examinar os CC.

RCelso Rego
Ortopedia e Traumatologia

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

THIAGO MELO DINIZ
CRM 4261 PI Em: 15/06/2019 21:38:59

5-0629 *Ducornatia*

Perante a mesma de exercer de modo co-ditíco,
n'entramos elegeríos, sendo de certeza a
uma orientação. Se fosse só entre nós, não
haveria necessidade achar a que forma exercer-nos
a função de soberano. (1) Mentos-nos elegeríos, e que more
a mesma imagem não só é de cada governo em região
alheia. Liberdade para devenir especial-deuses

Maria Cândida A. Lopes
Cirurgia Bucal Maxilo Facial
CRM 122 - CPF 300.107.503-78

Polo muanya: 8/08/13

Aftermath for us

65215, 0, 1m

10 de enero. lunes 19

To observe 81 near a natural
sleep.

Ques. - 11. open universe or
- close or universe

~~Dr. João Alfredo
Neurocirurgião
1971~~

Paciente hemodinamicamente estável, glargou¹⁵ porim
eupneico em ar ambiente. Ao exame físico: RCG,
eupneico, AEP: NV+, bilateral, sem RA. Abdome:
mal-ado, undula, sem VMO ou sinais de defesa.
Rx tórax e pelve (empurrado): normais.
ed: alta da cis geral. ~~fractura~~¹⁵ + Dra. Valéria Sooper

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato fernandes de Moro

- () 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 10

Data: 20 de Junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____



Dr. Fernando



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato Ferreira de Menezes

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 julho de 2019

Enfermeiro responsável: José Sávio Lima Dias de Souza

José Sávio Lima Dias de Souza
Técnico de Enfermagem
CUREN-PI 390.066



RAIMUNDO NONATO FERNANDEZ DE MORES
DN: 06/11/168

Sheyla Maria Andrade Souza
COPEN - PI 397 305



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Henrique Ferreira

- () 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 = 129 x 89

P: 78

Box. 36,9°C

Data: 16 de 06 de 19Enfermeiro responsável: Eduardo Mello Góes

136429-18

bifurc





TERMO DE RESPONSABILIDADE



Eu, Toni Moniz Menna Identidade nº. 211001
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, ou pessoa autorizada não venha;
6. Autorizo a direção do hospital a enviá-lo(a) a seu lugar de origem, caso o responsável, ou pessoa autorizada não venha;
7. Autorizo que, em caso de falecimento, será comunicado a família do responsável, e não sendo o paciente reclamado no busca-lo(a), com exceção dos menores que só poderão sair acompanhados pelo responsável;
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

Autor: s membros:

Endereço:

Endereço: _____
Identificação do Paciente: Raimundo Neri Kenner do Nascimento

Assinatura do Responsável: X

MOD. 39-HUT

Data. 16 106 119



514118

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO					
PREScrição MÉDICA						
16/06/19						
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF 0,9% 500 ml EV AO DIA					
3	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8\8 H					
4	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6\6 H					
5	TILOTIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
6	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, IV, 8/6 H					
7	CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6 H					
8	SSSW e CCGG					

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE 260 Nonoia F. de Souza Nº PRONT: 511114 Nº LAUDO: 241207

- 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



Dr. Sérgio Lai Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DATA 25/06/12

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: Minuano N. F. de Moraes N° PRONT.: 514118 N° LAUDO: 241204

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO


Justitron Sérgio 120, Teresina
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: 31/07/19

AUDITOR


Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DRCAAFMS
CRM - PI 1629 - CPF: 763.863.537-8
CNS 20150402933004
Justitron Sérgio 120, Teresina
Matrícula: 01467
SAVE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 31/07/19

ASSINATURA DO AUDITOR



76 2213-6149



**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	10-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	
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidata:
1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	40-Tp. Documento: CPF	
41-Data Solicitação: 16/06/2019	42-No. Doc. Méd. Solici: 838.230.773-68	43-Atend. da Unidade Traumatolog e Ortopédica (RGA/HUT) Assinatura: Roceldo Antônio Neves do Rego

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fratura exposta de joelho trânsit ②

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 Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 31/01/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor da Auditoria DRCA/HUT CRM-PI 1629 - CPF 101.550.671-11 CNPJ 20156400031004
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) (SOLIMAR BRITO)

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 9327

SÉRIE: 1



Braga e Braga Importação e Exportação Ltda

 Rua de Maio, 851 -
 Placas, 69902-786
 RIO BRANCO - AC
 Fone/Fax: 6832298057
DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
 Bairro: 1
 Endereço: 2
 Nº 9327
 SÉRIE: 1

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 Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda para não Contribuinte

NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e

312190002206506

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

GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015

BAIRRO/DISTRITO
AEROPORTOCEP
64076-410

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

17/06/2019

MUNICÍPIO

TFR-SINA

F-UR

F-UR

FONE/FAX

UF
PI

ISENTO

HORA DE SAÍDA/ENTRADA

13:48:28

#1º. 648,11 17/06/2019 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	648,11
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESORIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
,00	,00	,00	,00	648,11

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 9 - SEM FRETE	9	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
,00				,000	,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	ICMS/SH	CST	CFOP	UN.	QTD.	VLR. UNIT.	DESC. UN.	VLR. UNIT. L.	VLR. TOTAL.	IC/ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
380	FIXADOR EXTERNO LINEAR 380 LOTE: 2484818; SIGTAP: 07.02.03.048-6.	90211020	040	8108	UN	1.000	648,110	0,00	648,1100	648,11	0,000	,00	,00	,000	0

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
		,000	,000

DADOS ADICIONAIS

- DE MORAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PACIENTE: RAIMUNDO NOHATO FERNANDES; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA;
CIRURGÃO: DR. ROCELDO REGO; PRONTUÁRIO: 514118; DATA CIRURGIA: 16/06/2019.

RESERVADO AO FISCO





Braga & Braga Importação e Exportação Ltda.

Teresina, PI – 21 de julho de 2019

JUSTIFICATIVA – CARTA CORRECÃO.

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: 03.607.790/0001-98
Insc. Estadual: 01.016.040/001-24
Braga & Braga Imp. E Exp. Ltda
Rua 8 de Maio nº 651 - Centro - Placas
CEP: 69.902-766 - Rio Branco
Acre

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





Braga & Braga Importação e Exportação

0632

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA	CNPJ:63607790000198				
FABRICANTE :	Brontavario : 514118	CNPJ:			
PACIENTE:	Raimundo Tomato Fernandes				
RG.HOSPITAL:	JWT.				
DATA:	16.06.19	ALTA:	USADO:		
PROCEDIMENTO:	Fratura de pila tibial. ①.				
MEDICO:	Dr. Rceldo.	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote		QTD

01 Fríador Externo	01.
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> ORTOBONTEME IND. E COM. LTDA RM-4747/02 Lote: 2458218 FRÍADOR EXTERNO LAYFOX Registro ANVISA: 10223710095 Tel. 16162020 Eng. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0501829973 ENTREGA: 8 19/02/2018 </div>	

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 16/06/19

Prescrito por
Dr. Celso L. L. G.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 35211/CRUZADA FAM.
12/01/2010

CONFIRA COM O ORIGINAL

Fresno.

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 16/06/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Raimundo Nonato Fumando</u>		PRONTUÁRIO N°: <u>514118</u>	
DIAGNÓSTICO:	<u>patela exposta devido a</u>		
ANESTESIA:	<u>localana</u>	CIRURGIA: <u>fixador externo</u>	
CIRURGIÃO:	<u>Rocelito</u>	CPF N°: _____	
AUXILIAR:	<u>Filipe</u>	CPF N°: _____	
ANESTESIA:	<u>Hospital de Traumatologia</u> <u>CRM-PI 3531/CRM-MA 645</u>		CPF N°: _____
INSTRUMENTADORA:	<u>Qualita</u>		CPF N°: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>01</u>		LÂMINA DE BISTURI	<u>04</u>	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA N° <u>1.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA N° _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>120</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>05</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>elásticos: 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>elásticos: 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>elásticos: 01</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<u>Fixador externo: 01</u>			
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Yuri</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Renne</u>			
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

SEXO

PRONTUÁRIO

06/11/1968

M

514118

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE

AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO

64000010

NAO INFORMADO

NUMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

MORADA DO SOL

TERESINA

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

CONDICÕES 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

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050543 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

15/06/2019

ROCELO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83823077368

CRM:

DATA ADMISSÃO

15/06/2019 21:23

DATA ALTA

25/06/2019 12:25

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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: 22759379353

CRM:

DATA ANALISE: 15/06/2019 01:56:16

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /
AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 241204

Paciente só companhante

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	241204

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968
9-Sexo: Masculino	10-RG: 1113631 - SSP PI
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone:
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Parda
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 em trajeto d'água, operação de ferro português, sem deficit neurológico aparente

21 - Condições que justificam a internação:

recente de fratura cirúrgica

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

Rx, testes gerais Hb 10 + leuc

22-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prin:

25-CID Sec.1:

26-CID C.Aux.1

S823

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	Ident.: 31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 838.230.773-68	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ROCELODO ANTONIO NEVES DO REGO	34-Data Solicitação: 15/06/2019	35-Ass. Carimbo Med.Sol.:CRM
-----------------------------------	---	-------------	-------------------------------	------------------------------	--	---	---	------------------------------

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico			
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOE:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 31/07/19	48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
(<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF				

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Gyro Andrade

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Audição - CRM-FMS
CRM-PI 1028-CPF 1.0352-8
CNS 0115504

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 726618

Consulta SUS:

Impressão: 16/06/2019 00:55:24

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

5828856

CNES

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

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

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL	0408050543		
DESCRÍÇÃO 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 tte cirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL 0408050543 5823.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
ROCELO ANTONIO NEVES DO REGO	
CNS SOLICITANTE 980016280706422	DATA SOLICITAÇÃO 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
Intern

4-CNES
5828856

24

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

6 - Prontuário: 514

-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**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

20-Cod. Procd. Anterior 21-Cod. Mudança Proced. 22-CID Prin. 23-CID C.

19-Cod. Procd. Anterior **0408050543** 18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

21-Cod. Mudança Proced. **0415030013** 20 - Mudança de Procedimento / Descrição

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

22-CID Prin: 26-Diagnóstico:

?

36-Profissional Responsável:

ROCELO ANTONIO NEVES DO REGO

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

15/06/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

838.230.773-68

DR. ROCELO ANTONIO NEVES DO REGO
HUT

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 CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL 0408050543 8823.

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

54-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

55-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

56-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

57-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

58-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

59-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

60-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

61-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

62-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

63-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

64-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

65-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

66-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

67-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

68-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

69-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

70-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

71-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

72-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

73-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

74-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

75-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

76-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

77-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

78-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

79-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

80-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

81-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

82-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

83-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

84-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

85-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

86-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

87-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

88-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

89-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

90-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

91-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

92-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

93-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

94-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

95-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

96-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

97-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

98-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

99-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

100-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

101-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

102-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

103-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

104-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

105-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

106-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

107-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

108-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

109-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

110-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

111-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

112-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

113-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

114-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

115-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

116-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

117-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

1



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: SUS

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 ETMOIDIAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDIAIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(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

05/06
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	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

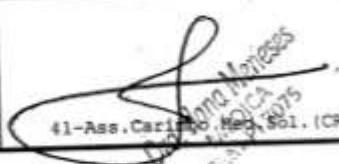
PROCEDIMENTO SOLICITADO

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 Prin.: _____	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: _____	46 - Nome do Profissional Autorizador: <i>Thiago Melo Diniz</i>	47-Data Autorização: / /
51-Cod. Órgão Emissor	46 - Nome do Profissional Autorizador: <i>Thiago Melo Diniz</i>	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselh.) <i>Thiago Melo Diniz</i>

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA** Requisição: **965925** Consulta: **726618** Exame: **1240368** (THIAGO)

Thiago Melo Diniz
Médico de Família
SUS
SOM ORIGINAL

(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: SUS

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





FMS



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

5828851

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

20 - Nome do Procedimento Principal

21 - Qtd

0206010079**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO****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:

39-Data Solicitação:

THIAGO MELO DINIZ**15/06/19**

40-Tp. Documento:

40-No.Doc. Méd. Solic.:

CPF**006.633.133-17**

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

AUTORIZAÇÃO

45-CBO:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

/ /

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**Requisição: **965921**Consulta: **726618**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: SUS

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	Raimundo Nonato Fernandes de Oliveira	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura exposta de piso fibular	
Operação - Tipo	Fráscio extrínea	
Cirurgião	Roque	1º Assistente
2º Assistente	Kocelio Rego Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 15271/RA/MA 445	3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia

Data da Operação	16.06.19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	04/2019 21:18 - T009 04/06/2019 21:54:33 - 5283 60 x 100 mm		

Relatório Imediato do Patologista			
-----------------------------------	--	--	--

Acidente Durante a Operação	perdeu os procedimentos para fechar a ferida		
-----------------------------	--	--	--

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

1- Fazer fio de sonda no piso sob anestesia 2- anestesia + antebraço, 3- colocação de campo estéril 4- limpeza da ferida com espuma E- material fechado 5- 6- montar, fechar ferida 7- curativo

Roque	Kocelio Rego Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 15271/RA/MA 445	June 2019 Matrícula: 04857 Série: HUT CONFERE COM O ORIGINAL
-------	---	---

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

DADOS DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
		P. ARTERIAL 120x80	PULSO 90	RESPIRAÇÃO 10	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
SENSO	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA		HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>nl</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>nl</i>)							
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>nl</i>)							
SISTEMA DIGESTIVO <i>nl</i>)							
ESTADO MENTAL <i>nl</i>)							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
ESTADO CADRO (DOSES)							
ESTADO ANESTÉSICO		APLICADO AS		EFEITOS			
ESTADO ANESTÉSICO		OXIGÉNIO		TOTAL DE DOSES			
1 60% (O2)		100% (O2)					
2 40% (O2)		100% (O2)					
3 20% (O2)		100% (O2)					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T		C° 260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL		260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
PULSO		260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA		38					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS		RGA/Dr. S. E. S. 12		DURAÇÃO			
OPERAÇÕES		L.M.C		INCIDENTE - ACIDENTE			
CIRURGIÕES		ROCHADO		No home			
ANESTESISTAS		 Leonardo Machado Martins Anestesiologista CRM-PI 3021		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
PARTICULARIDADES		 CONFERIDO O CONSENTIMENTO DE PARECERES CLÍNICOS E DE RADIOLÓGICOS E DE ELETROCARDIOGRAMA		RGA CORPO 400 NOVA CONSULTA 01/08/2008			



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** 10-CPF: **...**11-Mãe: **AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS**

12-Fone:

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

14-Fone:

15-Ende: **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

41-Ass. Carimbo Med.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. Conselho)

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 965921

Exame: 1240382

(THIAGO DINIZ)

Consulta: 726618

(Ass. Paciente/Responsável)

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

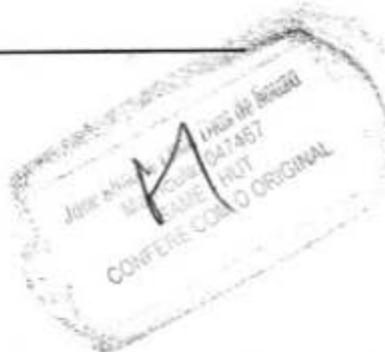
NOME DO PACIENTE: Raimundo Novato Ferreira, Jr de Moraes

- (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
 - (X) 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 menor
 - (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
 - () 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: Rodrígues

Tamires Rodrigues
Endereço: Rua 100, nº 90.066
Cidade: Rio de Janeiro





PRONTUÁRIO		CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	ORTOPÉDICA	234125		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
25/06/19	<u>201</u>	HORÁRIOS			
<p>1 Dieta oral livre após efeito anestésico</p> <p>2 SG 0,9% 500 ml EV 8/8h</p> <p>3 Keflin 1g + 10 ml AD EV 6/6h</p> <p>4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6h</p> <p>5 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12h</p> <p>7 Ranitidina _ 01 amp + AD EV 8/8h</p> <p>8 Plamet - 1 AMP + AD EV 8/8H S/N</p> <p>9 CCGG + SSVV</p> <p>10 TRAMAL 100 + 100 ML SF0,9% EV 6/6H</p> <p>11 CLEXANE 40mg SC 1X/DIA</p> <p>12 SSVV + CCGG</p> <p><i>de Olaria Fernando Kraemer 1193 Ortopedia 344 Grau PI 344</i></p>					



IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE		
DATA/HORA	CÓDIGO		06/11/1968	50	Ortopédica	234	25	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES									
Di : 16/06/2019		FRAT DE PÍLÃO TIBIAL D + FÍBULA							
27/06/19		<i>A grande piada</i> Enferm Nogueira Visto Nutricionista Cidene 9770							
1		Dieta oral livre							
2		jelco 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		alexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
9		Curativos diários							
10		Cuidados gerais e sinais vitais							
		<i>Dr. Yuri Jivago Faria Ortopedia e Traumatologia CRM3415-TE0110029</i>							
		<i>Dr. Ricardo S. Valenca Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / CRM3766-TE0111305 / CRM3367</i>							

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: lbo N. F. de Moraes Nº PRONT: 51411 Nº LAUDO: 24110

- 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


Dr. Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUTDATA: 21/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR



DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



DE 3215-5199





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:
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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050578	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOCALCANHAR UNIMALBOLAR	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030899	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Sollicitada: 1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dr. Fernando Couto de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 34617-7 26/07/1973</i>
39-Data Solicitação: 25/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura do mal. lateral

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <i>31/06/2019</i>	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: <i>31/07/19</i>	52-CNS/CPF: <i>Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCARFAS CRM-PI 102 - CPF 703.963.878-8 CNS 2155409933004</i>
		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:
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	10-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	
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.Procedimento Especial 0702031020	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM TREVO 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicidada: 1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dr. Fernando L. de Oliveira Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3408 - TEC 11913</i>
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	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria ORCAMPFS CRM-PI 3391 - CPF 353.537-9 OAB/PI 1554099/2008
		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 TREVO 4,5MM	01
PARAF. CORTICAL 4,5MM	07

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: ____ / ____ / ____

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRMO-PI 3467 - TECI 11913



Responsável pela Farmácia

Responsável pelo Preenchimento



Braga e Braga Importação e Exportação Ltda

8 de Maio, 651 -

Placas, 69902-756

RIO BRANCO - AC

Fone/Fax: 6832286057

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

Saida: 1
Entrada: 2

1

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
0101604000124

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
63607790000198

DESTINATÁRIO/REMETENTE

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ/CPF
05522917000170DATA DE EMISSÃO
28/06/2019ENDERÉSCO
GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015BAIRRO/DISTRITO
AEROPORTOCEP
64076-410DATA DE SAÍDA/ENTRADA
28/06/2019P. PRO
TERESA
ESINA

FONE/FAX

UF
PI

ISENTO

HORA DE SAÍDA/ENTRADA
14:52:48

F. RA

#1-472,52 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 ACESORIAS	VALOR DO IPF	VALOR TOTAL DA NOTA
,00		,00	,00	,00	472,52

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 2 - SEM FRETE	9	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDERÉSCO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	,000	PESO LÍQUIDO
,00				,000		,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QTD.	VLR. UNIT.	DESC. UN.	VL. UNIT. L.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPF	ALQ. ICMS	ALQ. IPF
12488	PLACA DCP ESTREITA 3,5 MM 8 Furos LOTE: P22872 SIGTAP-07.02.03.088-9 LOTE: LOTE: 180063217 VALIDADE: 088	90211020	040	6108	UN	1,000	183,810	0,00	183,8100	183,81	0,000	,00	,00	,000	0
96	PLACA EM TREVCO 4,5 MM 8 Furos LOTE: 022255 SIGTAP-07.02.03.102-0 LOTE: LOTE: 3988K17 VALIDADE: 088	90211020	040	6108	UN	1,000	288,710	0,00	288,7100	288,71	0,000	,00	,00	,000	0

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
			,000

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PACIENTE: RAIMUNDO NOGAI FERNANDES DE MORAIS; LOCAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TEREZINA;
CIRURGÃO: DR. FERNANDO DOUTO DE OLIVEIRA; PRONTUÁRIO: 514118; DATA CIRURGIA: 25/06/2019.

RESERVADO AO FISCO





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

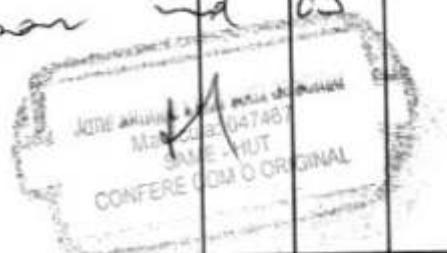
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/06/19

NOME DO PACIENTE: <u>Rodrigo Júnior Fernandes de Oliveira</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>514118</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>rogerio</u>		Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>R. Fernandes</u>		CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Enfermeira Felipe</u>		CPF Nº:
ANESTESIA: <u>O. Thiago Mendes</u>		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>solange</u>		CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	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	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			elétricos	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				golens	und	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepan	und	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	und	06				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>golene</u>			
VICRYL	0	und	02	CIRCULANTE: <u>luisiane</u>			
PROLENE Vicryl-0	0	und	01				



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 217770

AIH: 2219100446827

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS		06/11/1968	M	514118
DOCUMENTO CPF	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	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM TORNозELO DIREITO. APRESENTANDO LESÃO PUNTIFORME. SEM DÉFICIT NEURO VASCULAR APARENTE

CONDИOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA + FIBULA

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			
CARATER	DATA SOLICITAÇÃO		CRM:
URGENCIA	25/06/2019		
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA	
25/06/2019 12:25	28/06/2019 10:59	PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER/CONTROLE/AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07629400363	CRM:	DATA ANALISE: 25/06/2019 13:16:53	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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-Mae: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS			12-Fone:
3-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Parda
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 anoxia (D)

21 - Condições que justificam a internação:

Trauma

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

TCR

23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID Prin: _____ 25-CID Sec.: _____ 26-CID C.Ass.: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo SUS 9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 217.817.218-07	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 VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBO:
38-(<input type="checkbox"/>) 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	48-Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
--	---	---	--------------------	------------------------------

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Giovanni</i>	Usuário: (GIOVANNI Consulta Local: 726618 Consulta SUS: Impressão: 25/06/2019 12:21:10
---	--

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		Faimundo Nonato Fernandes de Moraes	
Diagnóstico pré-operatório		Fract. do piso tibial + mal. lateral	
Operação - Tipo		R.A.F.I	
Cirurgião	Dr. Fernando	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Colombe	Anestesista	Dr. Thiago Mendes
Anestésico(a)		Anestesia	Rogne

Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		09/05/13 - 08:23 + hora 09/05/13 - 10:16 + hora

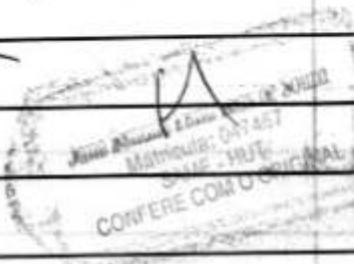
Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Pate OR sob nalgua etesia; 2) Preparo
hab. OR; 3) Via lombocaudal lateral e ante
dir; 4) Redução da Fibula + Fracção com
pica + perfuso; 5) Redução do piso tib
ial + Fracção com pica + perfuso
6) Lavagem c/ SF 0,9%; 7) Suturas
8) Curativos

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - Belo Horizonte



AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <i>Zenon Zenon Ferreira de Moraes</i>		Prontuário:	Data:
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade:	Peso:	Altura:
Procedimento (s) proposto (s):		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

ANAMNESE

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Patologias cardiológicas | <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) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
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 CIRCULATORIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA URINÁRIO							
CORTICOIDES ATARAXICOS OUTROS							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3						TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA	C° 260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10						
PULSO	38						SEQUÊNCIA
							1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X						DURAÇÃO
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO	O						
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS							INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES							
ANESTÉSICOS							
ANESTÉSICAS							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Ronando Nogueira Ferreira Júnior | Sala: Non | Data: 28/6/14
Procedimento: troco fibro | Cirurgião: Jenaro Gau | Observações: Non

	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1		15											
2		25											
3		60											
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/NO ₂													
Volemia	%												

Acesso Vascular

Periférico 20g
 Cat. Venoso 16G
 Drenagem venosa / venoso
 Caudal / Aspiradores

Acessos Endovenosos

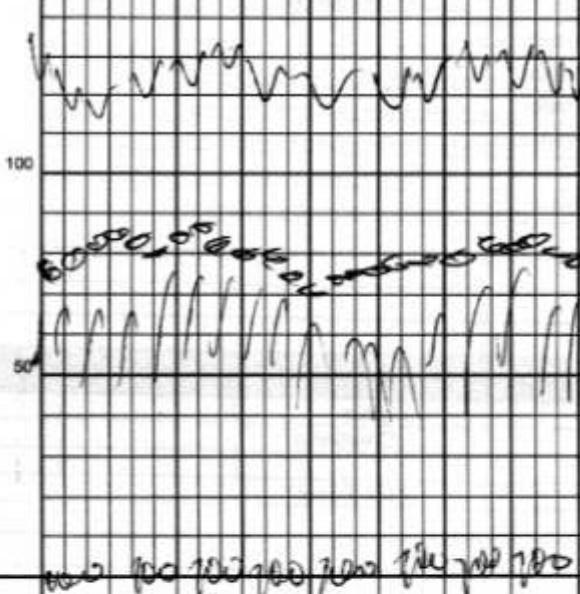
- Catéter nasal
- IOT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO₂ /
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raqueanestesia
- Pneumov
- Blocoleto Perifônico

SPO₂ (%)ETCO₂ (mmHg)

CO2 ETCO2 35 mmHg

Aces. Venoso

SAIBA - HU

Aces. Venoso

SAIBA - HU

Diurese:

SAIBA - HU

Perdas Sanguíneas

SAIBA - HU

Descrição da Anestesia: 1. Anest. enalox 100mg 2. F+H dano 1ml br + fome 50g 3. 100ml dextrose 26g + fome 30g ① 100ml dextrose 50g + fome 30g 4. Anest. ls 5. 100ml

Thiago Mendes Barbosa

Anestesiologista

CRM - PI 5107 ROE 2912

Anestesiologista

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: JOAQUIM 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 mm Hg, PULSO = 81 bpm, TDX = 35.5 °C .

Data: 28 de JUNHO de 2019

Enfermeiro responsável: Sheyla Maria Bandeira
Enfermeira

COREN - PI 397.24



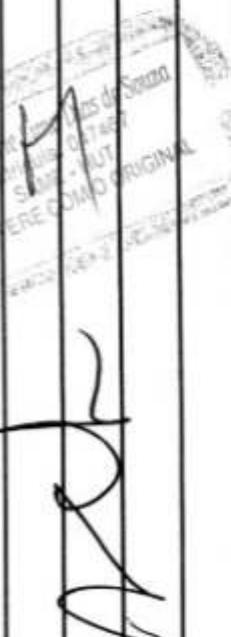
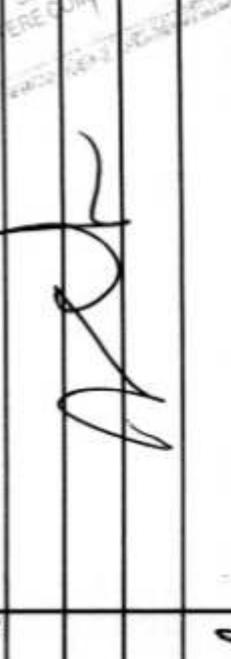
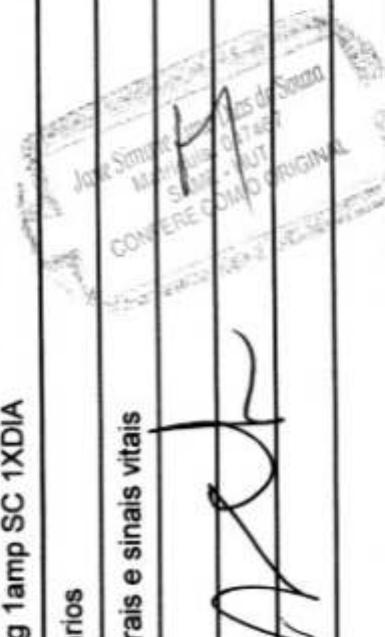
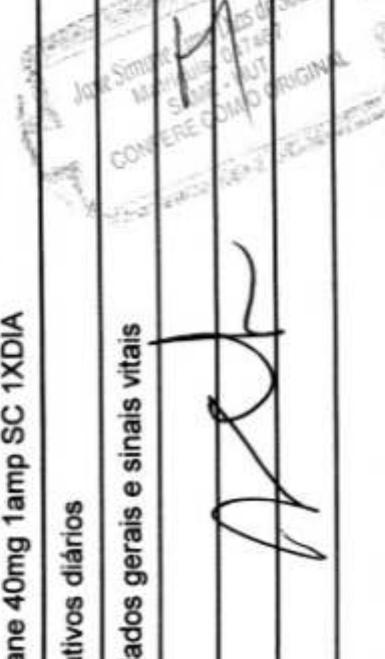
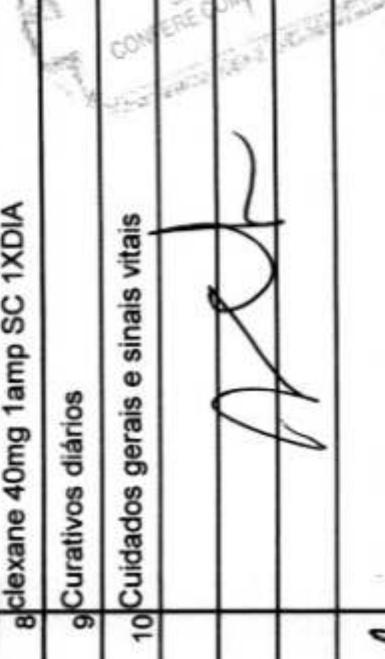
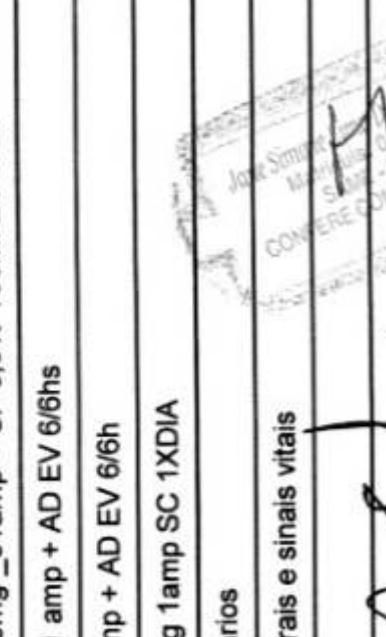
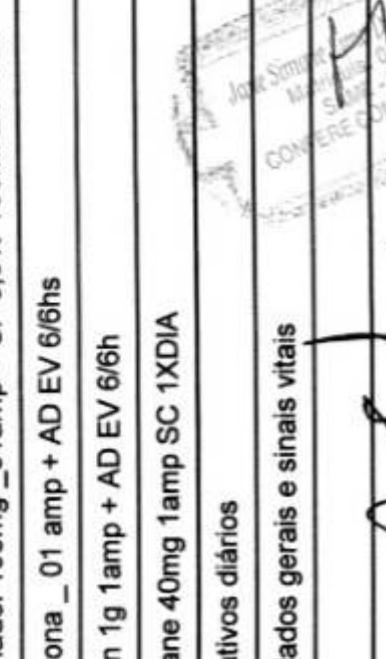
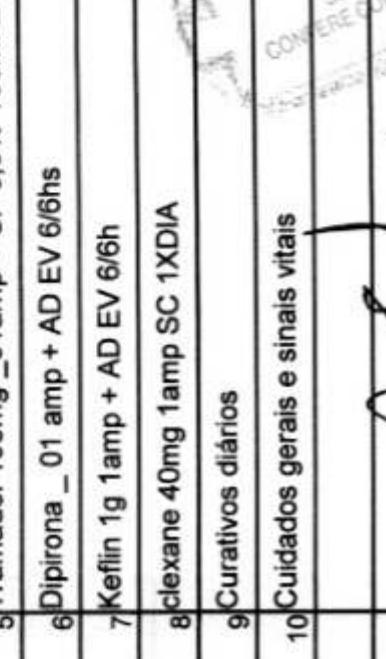
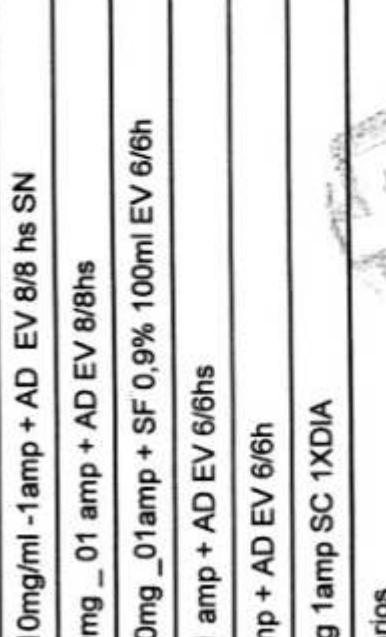
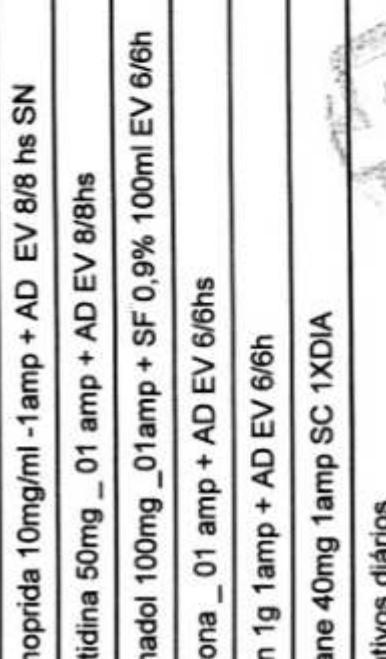
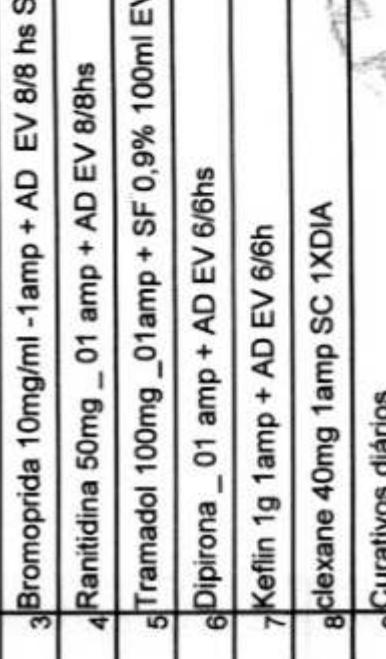
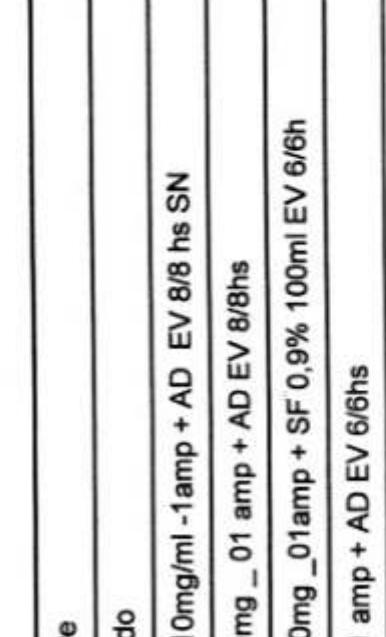
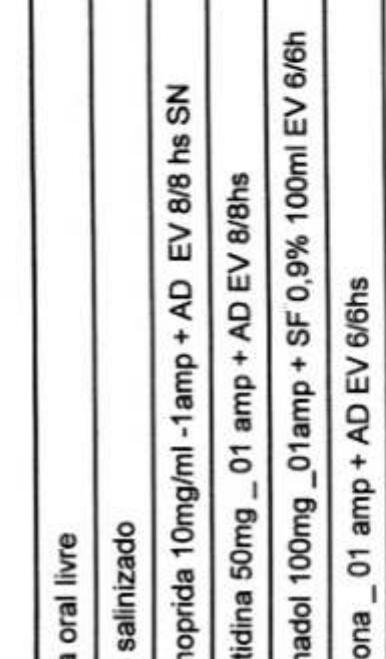
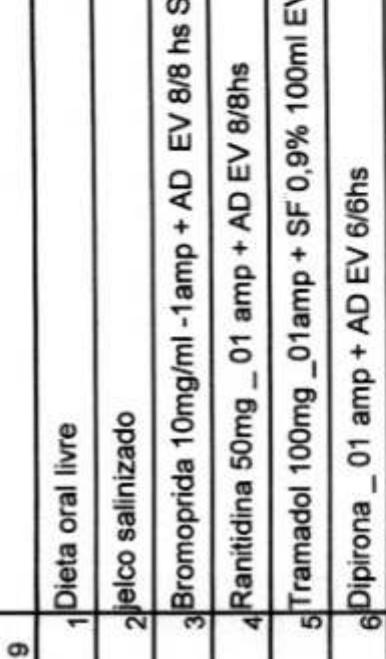
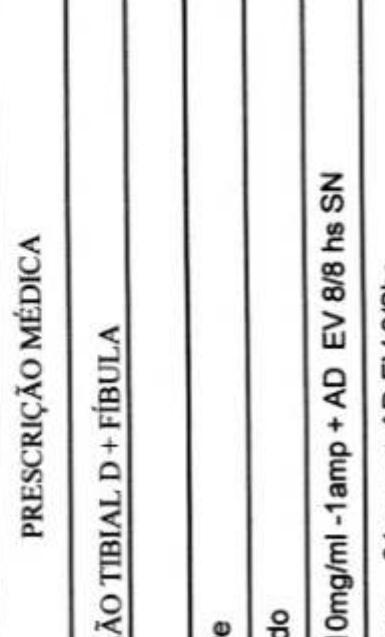
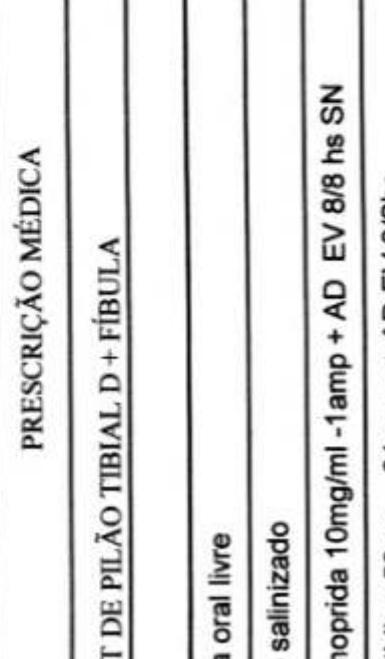
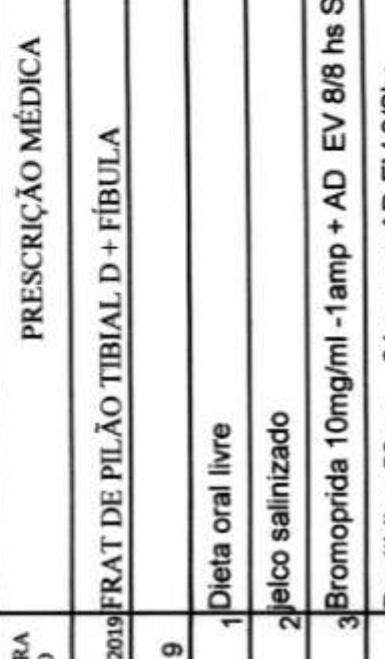
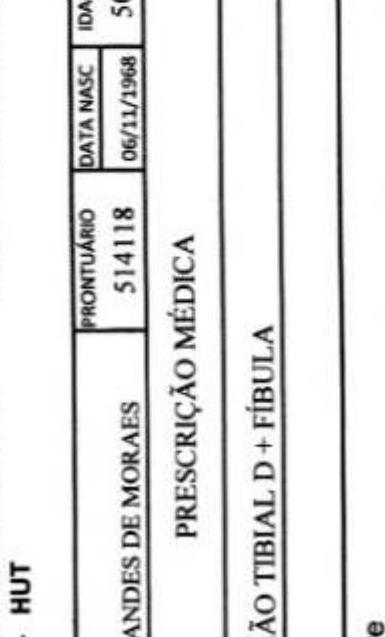
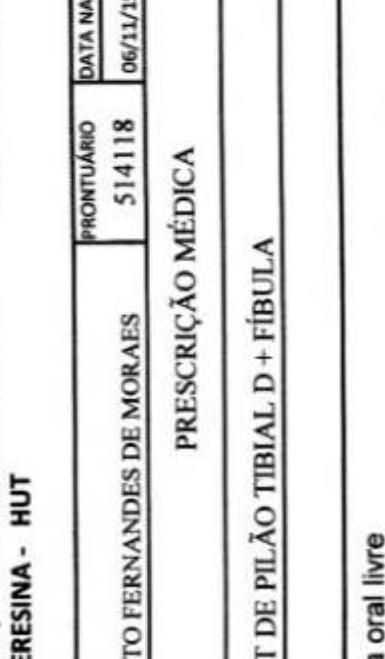
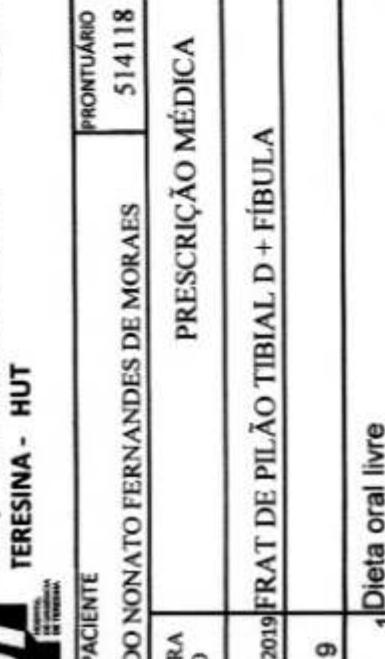


HOSPI
ITALIA
TERESINA - HUT

HOSPITAL
URGÊNCIA

EDERAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LETRÔ	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	514118	06/11/1968	50	Ortopédica	234	25	OBSERVAÇÕES
DI : 16/06/2019 FRAT DE PÍLÃO TIBIAL D + FÍBULA								
28/06/19								
1 Dieta oral livre								
2 Jejico 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								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								
CONFERIR CONDORICHA								

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
DATA/HORA	CÓDIGO		06/11/1968	50 Ortopédica	234 HORÁRIOS	25	OBSERVAÇÕES	
01	16/06/2019	RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES	514118					
30/06/19		FRACTURA DE PÍLÃO TIBIAL D + FÍBULA						
1		Dieta oral livre	9:00' AMÉDICO O USO DE					
2		Jelco salinizado	EVOLVIDO					
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						
  								
  								
  								
  								
  								
  								
  								

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Moraes

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Raul

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 514118

CÓDIGO OPME: 0702030694

JUSTIFICATIVA:

fur fur trair :

fracturas avulsas

parafuso + anel

Teresina,

21/06/19



Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:



Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DRC/ANAFIS
CRM - PI 1638 - CPF: 761.951.537-9
CME 204560009530004

AUDITOR:

Teresina, 31/07/19

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	10-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	
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.Procedimento Especial 0702030040	32 - Descrição do Procedimento Especial: ARRUELA LISA	Quant. Solici data: 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 Med.Sol.(CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

45 - 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 DRCA/ANS CRM-R 1029 - CPF: 761.553.537-4 CRM-1455409933224
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)





**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	10-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	
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.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Solicidada: 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

Fun. Cervicosa frisa tibial

AUTORIZAÇÃO

42 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <i>31/06/2019</i>	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: <i>31/06/2019</i>	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAPIAS CRM-PI 1028-CPF: 71150.587-9 CRG: 20155040530004
--	---	---

(KARLA BATISTA)



SPINE
MEDICAL

SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME 1423

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

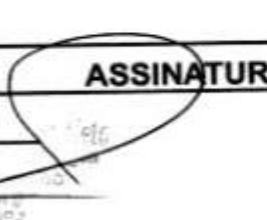
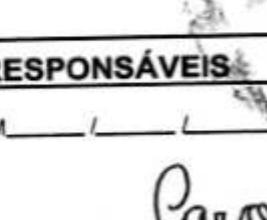
Rua Maqalhães Filho, 175 / Centro Norte

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

Autorização Anvisa: U/W9XI/93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME	Raimundo Nonato Fernandes de Moraes		
Nº AIH	241977	Nº PRONTUÁRIO	514158
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:			
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030406			
MÉDICO RESPONSÁVEL			
NOME Dr Raul		CRM Nº	
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	
		Lot: 014065 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEOA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL. Fab.:11/03/2019 Val.:03/2024 Registro Anvisa Nº 80083450031 Material ACO INOX/ALUMÍNIO	Lot: 015395 Código: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R - X C X 4,5 X 200 X T - Fab.:15/03/2019 Val.:03/2024 Registro Anvisa Nº 80083450026 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	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 _____ / _____ / _____			
EM _____ / _____ / _____			
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)	

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

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Norais

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Raul

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 514118

CÓDIGO OPME: 0702030694

JUSTIFICATIVA:

pti. hrt. T. (m) :

plaqueta avulsa

parafuso + avulsa

Teresina

26/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

H

Julio Silviano Lira Díaz de Souza
Médico
SAE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

AUDITOR:

Teresina, 1/1

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:
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:
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
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-cida: 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. Méd. Solic.: 004.798.243-80	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: KARLA BATISTA	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: ...
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: CONFERE COM HUT		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)



SPINE
MEDICAL

SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

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

1400

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

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

Autorização Anvisa: UW9X1 931 20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

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

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

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



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
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

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

PRÓTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322190009785555 - 2019-07-09T14:15:50-03

CNPJ

11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

CNPJ/CPF

05.522.917/0001-70

DATA DA EMISSÃO

09/07/2019

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

09/07/2019

HORA DE SAÍDA

14:16:49

DIRECO

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015

BAIRRO/DISTRITO

Porenguato

CEP

64002-530

MUNICÍPIO

Teresina

FONE/FAX

(86) 3194-6777

UF

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA/DUPLOCATA

Número	Data Venc.	Valor
001	08/08/2019	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	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23,39

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOSSO CARRO	0 - Rem.				
ENDERECO					
R: MAGALHAES FILHO, 175		MUNICÍPIO	TERESINA	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PI	ISENTO

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.TRB.
001202	0702030040 - ARRUELA LISA	90211020	040	5102	UN	1.0000	8,0500	8,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	REF: 40100000452 LT: 09/07/18													
3444	0702030694 - PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	90211020	040	5102	UN	1.0000	15,3400	15,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	REF: 40104500301 LT: 01/10/19													



DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

(PCT: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS) PRONT:514118 (CONV: SUS) (DR: RAUL RUBEN DE MA
CEDO 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 Tomás F. de Moraes	PRONTUÁRIO Nº:	514118
DIAGNÓSTICO:	Fratura pilão tibial	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dra. Flávia	Nº DA SALA:	06
CIRURGÃO:	Dr. Raul	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estudante	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raque	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Christiane Vascenculos	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI N.º 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- GOTAS	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	4	
GASES	PAC.	4		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N° 21	UNID.	2		Estiletes	UNID.	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		Jelco nº 22	UNID.	1	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		Estilete dupom	UNID.	3	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—		Jane Simões de Souza Matrícula: 00457 SME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON 2,0		3		ENFERMARIA:	Jolyni		
FITA UMBILICAL		—		CIRCULANTE:	Daniela		
VICRYL 1,0		2					
PROLENE		—					

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO 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 da Internação

4-CNES
5828856

2419

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-Ender: NÃO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fus fus usus / fus esp

dor dor dor dor

21 - Condições que justificam a internação:

hurum furum

ex ficio / Bz

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

23-Diagnóstico Inicial:

atura da extremidade distal da tibia

24-CID Prin:
S82325-CID Sec.:
S82326-CID C.Ass.:
S82327-Procedimento Solicitado:
0408050543 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIALTempo SUS
428-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0408050543 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL29-Clinica:
30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 004.798.243-8033-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
RAUL RUBEN DE MACEDO NETO34-Data Solicitação:
28/06/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (Rg.)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

21/07/19

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DRCA/AFMS
CRM-F 1623-CPF: 161.363.537-8
CNE 201500409330004

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

48-Documento:

49-Num. Documento:

1 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Raimundo Nonato Fernandes de Moraes

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 726618

Consulta SUS:

FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Edson Nilton Fernandes de Moraes

Sala:

Alergia: Nega

Data:

28/10/19

Cirurgião: Raúf

Observações:

Agentes

Unid

		15	30	45		15	30	45		15	30	45
1. Propofol	mg	12										
2. Morfina	mg	80	7354									
3. Fentanil	mcg	50										
4. Midazolam	mg	5										
5. Dipirona	g	2										
6. Dexametasona	mg	10										
7. Ranitidina	mg	50										
8. Glictra	mg	40										
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
Otros:												
Máscara:												
Monit.:	%											

30 min

Acesso Vascular

 PeriféricoCat. Venoso n° 22G Dificuldade aces. venosoGastos 05 cateteres Central

Via Aérea

150

 Cateter nasal IOT n° LMA n°

Monitorização

100

 Cintoscopia PAM Oxímetro de pulso

100

 ECG SpO2 NIBP

100

 Geral Vehosa Geral Balanceada Raquianestesia Peridural Bloqueio Periférico OutrosDecúbito: JOH

50

SPO2 (%)	99	93	97	98	97
ETCO2 (mmHg)					

Aces. Venoso

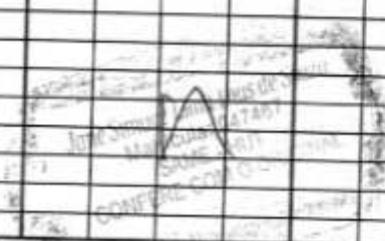
SF

SF

Aces. Venoso

Diurese

Perfus. Sanguíneas



Fazendo
Anestesiologia
CRRA-PI 5812

① monitorização; ② Venoclire m50 (absorbath 22G); ③ BSA

Atm. anéptica, pde ventado, pulmões unica 64-63, agulha 25G

④ sedação; ⑤ cateter Cc; ⑥ Adjuvantes; ⑦ RPA

Sheaf

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente

Raimundo Renato Fernandes de Melo

Diagnóstico pré-operatório

Fratura na tibia (D)

Operação - Tipo

franisco + frankie esteru

Cirurgião

Dr. Rawl

1º Assistente

~~Studente~~

2º Assistente

39-Assistentes

Instrumentación

Anesthetics

Mr. Glavin

Anestesia

Page 1 of 1

Anestésico(a)

Data da Operação

28 106 19019

Inicio

Film

Diagnóstico Pós-operatório

gnoSTICO Post-operatorio
fissura so fissus adhesus
ostacolizzante: insorguente (fiss)

Relatório Imediato do Patologista

mediato do Patologista
Agravio avancer (fusos)

Acidente Durante a Operação

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

1- Drenagem
2- Fissões / avulsões
3- Isquíres + anais A-P.
4- Fissuras cruciformes
5- Fissuras
6- Cunhos

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR.
---------------------	--

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE		CNPJ/CPF 05.522.917/0001-70		DATA DA EMISSÃO 09/07/2019	
7 - RECO Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015	Bairro/Distrito Porenguato	CEP 64002-530		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 09/07/2019	
MUNICÍPIO Teresina	FONE/FAX (86) 3194-6777	UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 14:26:34	

FATURA/DUPLICATA

Número	Data Venc.	Valor
001	08/08/2019	648,11

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	648,11
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	648,11

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO		FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDERÉSCO R: MAGALHAES FILHO, 175		MUNICÍPIO TERESINA		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL PI	
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.A.P. TRB.
003165	0702030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR (Ref: F08 8 208 Qnde: 1 Lote: 014065) (Ref: AF35 8 680 Qnde: 1 Lote: 015395)	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) (DR: RAUL RUBEN DE MACEBEO NETO) (DATA: 28/06/2019) (HOSP. HUT)	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

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

25140

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME **Raimundo Norato Fernandes de Melo**
 N° AIH **261917** N° PRONTUÁRIO **514118**

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

0702030406

MÉDICO RESPONSÁVEL

 NOME **Dr. Raul**

CRM N°

CPF N°

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

28.06.19

MATERIAL UTILIZADO

 CÓDIGO OPM
 (Tabela SUS)

QUANT.

 ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
 (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, N° de Série, etc.)

01
Fixador Linear

Lote: 014065 Código: F08 8 209
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEOA
 SARTORI - LINEFIX
 TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL
 Fab.:11/03/2019 Val.:03/2024
 Registro Anvisa N° 80083460031
 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 OSSEO - R
 - X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:15/03/2019 Val.:03/2024
 Registro Anvisa N° 800834650024
 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 N°

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM _____

Paulo Raul de Melo
 Cirurgião Traumatologista
 CRM-PI 00000-00
 0800 76 49
 FETOT 12594

EM _____

Médico Responsável
 (Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
 (Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1º via - Prontuário, 2º via - Fornecedor; 3º 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:			
-Resp: (O MESMO)	14-Fone:			
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.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Solicidada: 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 Med.Sol. (CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Mr. Ladd & Son, Final

AUTORIZACAO

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)

**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





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





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: SUS

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





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: 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





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 COSTOFRÉNICOS 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





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: SUS

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 ESFENOÏDAIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOÏDAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOÏDAIS 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

Janete Souza Lira 11/06/2020
Almoxarife
SA02 - 001-007
CONFIRME COM O ORIGINAIS



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: SUS	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





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
Requisição:	969351	Solicitação: 25/06/2019	Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle:	1247361	Convênio: SUS	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

Aut. Sist. Licit. 15/08/2019
Matr. 04/407
SAU - HUT
CONFIRA O ORIGINAL



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: **SUS** 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



**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		
Controle:	1249491	Convênio: SUS	Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO 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

JOÃO LUIZ LIMA DE SOUZA
Médico CRM PI 1341
CONFERE COM O ORIGINAIS



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: SUS

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.

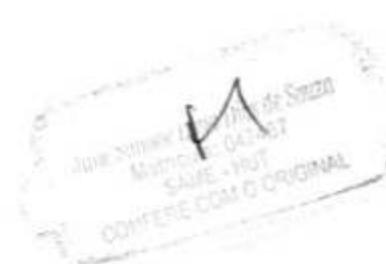
(JOAO ANTONIO)

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: **SUS**

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

José Antônio Lopes da Costa
 Matrícula 647467
 SAVE - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: **514118**)
Endereço: **RUA FARMACEUTICO JOAO 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: **SUS**

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

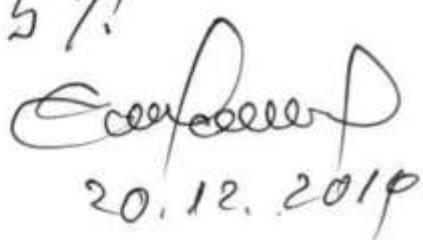
CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

*JOAO ANTONIO MOURA
MORADA DO SOL
SUS HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que estou no ato
fornecendo as informações devidas
no atendimento, fui atendido em 15.06.19 às
20:28hs. Tendo sofrido ferida fráctica na mão
esquerda com fratura exposta na porção
distal da tibia direita onde foi feita
cincaparacite a través de osteosíntese
onde seja placa, poros e fios de titânio,
compliquei com fratura com fisiocampis.
Compliquei com fratura, com o osso
com alta de fratura, e com o osso
separado: forte dor, limitação de
movimento, com sensação de
desconforto ao acalhar estupido
acompanhado de náusea desorientante.
Com comprometimento funcional
de 85%.



20.12.2019

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

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que sou eu

Moura Fernanda da Silva, fui vítima
acidental de Envenenamento, que ocorreu em
14.06.19 às 20:28hs. Tentei se fendo forte
trouxe fui nela, curtimos com a fraca
exposta que porção distal da fibra,
onde foi envenenado cruricocente a fraca
me descomunisse, com insuficiência com
fim de recuperar. Nada se sentiu,
não fui com a pressão; forte dor
limitada aos membros, com
desconforto de queimadura de ade-
go antigo e nova apresenta
resposta elencada. com desco-
retoamento fundido de 85%

- 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

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergista - Dermatologista
Clínica Geral e Cirúrgica
C.R.C. 1534-PI - CRM: 2660-MA
Av. 3 de Maio, 1987 - Teresina-PI
(86) 39532-1987

Excepcional

12.06.2020

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
1.113.631 DATA DE
EXPEDIÇÃO 25/11/13

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 13930 L 598 F 480007
GÁXP TERESINA-PI 29/09/1968
TERESINA-PI

AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS
ANTÔNIO DE SALES DE MORAIS

DOC. ORIGEM
DATA DE Nascimento
BATALHA-PI 06/11/1968

DATA DE
EXPEDIÇÃO
TERESINA-PI
446.200.393-49
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.260/83





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	DATA DE NASCIMENTO		
CRATEUS-CE	22/05/1971		
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 529 L 11/F 141 CRATEUS-CE 25/09/78 Círculo ab. Lucas TERESINA - PI Pedro Gomes da Moraes 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83			

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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

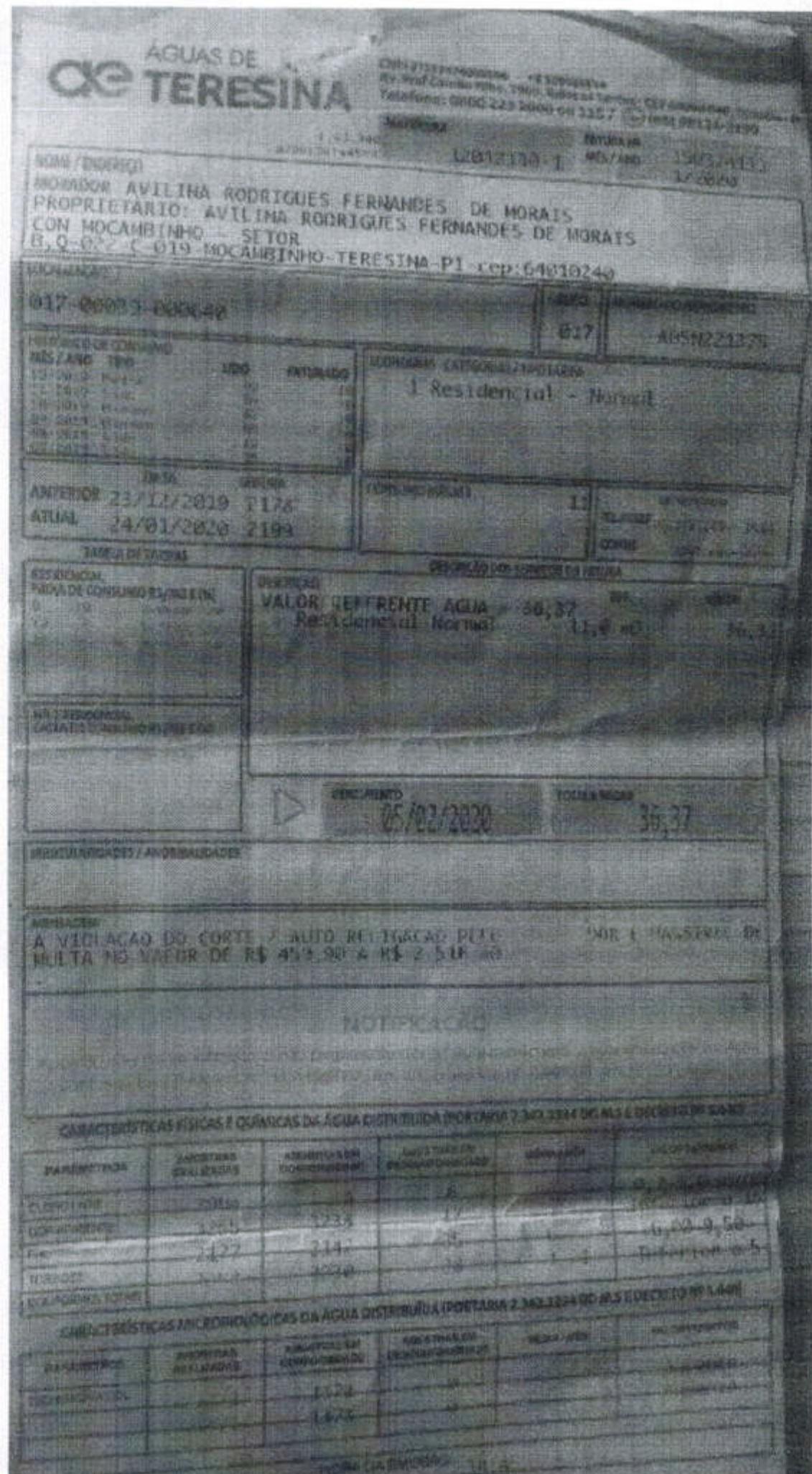
de morais. CPF: 446.200 393 - 49

sofriu um acidente de trânsito. e os
liberaram uma perícia pra mim
e eu não pude comparecer para
com jeito, ai pessoa que você
nem quer movimento.

fico no aguardo.

Teresina píori 22/07/20

Raimundo Nonato Fernandes de morais



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valorização 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 **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valorização 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

PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: faimundo porto fernandes de morais		
RG: 1.113.631	ORG. EMISSOR: SSP/PS	D. EXPEDIÇÃO: 25/11/13
CPF: 446.200393.49	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: desempregado
ENDEREÇO: R. Farm. Jooz. Cunha		Nº: 4344
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: Santo Isaias	
CIDADE: Tresme	ESTADO: Piauí	CEP:
TELEFONE:		

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES

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

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUASQUEM 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 Nonato Fernandes de Morais

Data do acidente de trânsito: 15/06/2019

Cobertura da vítima : Inválida

LOCAL / DATA: Tension beams - 24/10/2019

~~Spiniulus venustus~~ *Tetraclis* sp. cf. *venusta*

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Endereço: Rua Lourival Magalhães 1221 - Centro - CE - 6000-020 - Telefone: Fone (85) 321-1409 - E-mail: teresina3@terra.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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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 ás 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

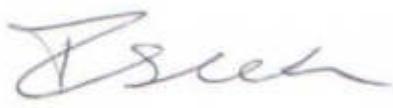
Região Corporal (Sequela):

% 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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-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 médica-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 médica-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

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa