
Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004811

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004811

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

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\$ 3.037,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000003101

Conta: 0000020855-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 969.902.102-06 4 - Nome completo da vítima: Guilherme William Coelho Duarte

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

5 - Nome completo: Guilherme William Coelho Duarte 6 - CPF: 969.902.102-06
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. 82 de Castelo Branco 9 - Número: 420 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Urbano 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (86) 99072-9591

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: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3103 013 CONTA: 20855 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vairascor)? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário, caso aplicável

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí, 08.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011425/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 15:51 Data/Hora Fim: 22/11/2019 16:08
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 08/09/2019 02:30

565293

AVERBAÇÃO COM DATA
CORRETA

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: AV. BARÃO DE CASTELO BRANCO

Bairro: Monte Castelo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AP - Macapá Sexo: Masculino Nasc: 17/03/1988
Profissão: Barman
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Edna do Socorro Coelho Duarte

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua argentina Nº: 420
Bairro: cidade nova

Nome Civil: ELIANE BEATRIZ BARATA ALVES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Vigia Sexo: Feminino Nasc: 05/01/1988
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alcemira Palmerin Barata

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua argentina Nº: 420

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 22/11/2019 16:06
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011425/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 028.521.243-51	Placa PIR6721
Renavam 01080199915	Número do Motor KC22E0G036405
Número do Chassi 9C2KC2200GR036405	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor PRETA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 07/03/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

AVERBAÇÃO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Dieime Willian Coelho Duarte	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição carro	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

relata a noticiante que a vítima conduzia o veículo em endereço citado, quando um veículo não identificado colidiu na traseira de sua moto, onde o mesmo foi lesionado, socorrido pelo samu, encaminhado para o hut, prontuário 522254. declarações prestada pela noticiante.

ASSINATURAS


Amiralice Ribeiro Lebre Carlos
escritão
Matrícula 0067616
Responsável pelo Atendimento


Eliane Beatriz Barata Alves
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) titular responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Amiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 22/11/2019 18:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

AVERBAÇÃO

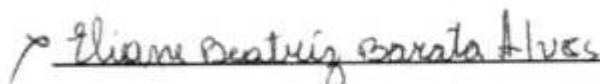
Boletim de Ocorrência PPE nº 011425/2019



AVERBA-SE A ESTE BO PARA INFORMAR QUE A DATA CORRETA
DO ACIDENTE É: 09/09/2019. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

↑ ↑ ↑ ↑

Teresina, 03 de janeiro de 2020.

 _____

Eliane Beatriz Barata Alves

Averbante

ALMIRALICE R, LEBRE CARLOS

APC

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 969.902.102-06 4 - Nome completo da vítima: Guilherme William Coelho Duarte

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

5 - Nome completo: Guilherme William Coelho Duarte 6 - CPF: 969.902.102-06
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. 82 de Castelo Branco 9 - Número: 420 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jubano 12 - Cidade: Terminha 13 - Estado: RS 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99072-9591

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3103 013 CONTA: 20855 7 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vair 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário, caso o utilizarem

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Terminha - RS, 08.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **09/09/2019** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Dieime Willian Coelho Duarte** vítima de acidente de trânsito, tendo sido removido para o Hospital de Urgência de Teresina-HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe registrou a data do acidente do mesmo em **08/09/2019** ao invés de **09/09/2019**.

Teresina, 23 de Dezembro de 2019.

Alene R. Santos M.

p / Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa
SAMU



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1359	02 Data do chamado 08/09/19	03 PRO (código) 2909	04 Saída do PA 3 J L	05 Chegada ao local 3 3 5
	06 Saída do local 3 5 6	07 Chegada ao 1º hospital 3 5 7	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. KAN5 DE CASTRO BRUNO				
	11 Bairro ALBERTO COSTA	12 Município-UF Teresina	Código BGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome HELIM WILLIAN CARDO MONTA			15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
	16 Idade 19/03/78		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte HUT 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vitima <input type="checkbox"/> 20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/>				
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta		1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta
	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado		Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
Exame Físico	23 Glasgow = 15		RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum
	24 Sinais Vitais Pulso 70 Resp. 18 PA 129 TAX. 98 SatO2 98		25 Local da lesão 		
Assistência	26 Pupilas <input type="checkbox"/> Iguais <input type="checkbox"/> Desiguais		27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Fratura <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/corta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>		
	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
	Observações Interdisciplinar Paciente vítima de COLISÃO entre a CAMIONETA FRIGIDEIRA NA FRENTE DE UM E, ASISTENTE, COM LÍQUIDO ORTÓRICO CONFERE COM O ORIGINAL Mônica Veloso Cantalino Suplente de Enfermeira do SAMU				
Responsável pela recepção R. Seny Norberto		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	

CIR. GERAL DA
ORTE

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	WILIAN COELHO DUARTE			Imp: 09/09/2019 04:23:42 (User: BRUNO CALAÇA) (Estação: CONSULPA03)
Mãe:	EDNA SOCORRO COELHO DUARTE	Pai:		Prontuário: 522254
End. Resid.:	RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento:	17/03/1988	Idade:	31a5m23d	Sexo: Masculino Fone: 86-99936-5164
Responsável:	FAGNER	CNS:		
Profissão:		Documento:	Reg.Nasc: nao informado	
G. Instrução:	Não informado		E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	740383	Entrada:	09/09/2019 04:08:25	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
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 ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-MOTO), HA 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, PACIENTE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR MÃO D E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:100.BPM , SAT O2:99%,

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME GLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.

E) ESCORIAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1304796) - T.C. DE CRANIO
- (1304797) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
- (1304798) - T.C. DE PELVE

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Adulto)	DATA: / / HORA: 09/09/2019 04:23:42

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO CALAÇA RIBEIRO
CRM PI 3543 Em: 09/09/2019 04:23:42

Joana Lúcia M. de Sá
Médica
CRM 7212

09/09/19

1007

RE

Classe B, sem displac

TC Crânio

→ sem hemorragias intracraniais

cor- sem evidência massiva

Stano Costa
em 31/09

Ortopedia

OS: 041

Paciente vítima de PAF em coto esquerda,
origem de entrada e saída. Queixa de dor intensa
RX à prova sem fratura. Pulso presente (tubo cont.
e pedicelo)

Col: roboto TC de coto e realinhamento após

OBS: Evolução no prontuário de ortop. e

Dr. Antonio Guilherme C. S. Faria
Médico
CRM - PI 001139/MA 10132

em geral 9/9/19 8:30h

Paciente segue com abdome indolor e ACP fisiológico.
Tórax/abdome sem hemotórax/pneumotórax, sem parempe-
tônio ou lig. livre.

Col: Ator da em geral

À ortopedia

⊕ Dr. Thiago Diniz

Dr. Andressa M. Campelo
Médica
CRM-PI 7148

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: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03101

CONTA: 000000020855-7

Nr. da Autenticação DF3F10CCFDC07DCA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 05.840.745/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal 027499881

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\$)
SETEMBRO/2019 26-09-2019 502 528,76

RAIMUNDO NONATODO NASCIMENTO FILHO
AV BR DE CASTELO BRANCO 420 B-URBANO
CPF: 00030714842320
CEP: 64.000-900 - TERESINA

ROT: 14.001.07.31.033500

DATA DE LEITURA 19/09/2019
Atual: 1162 Anterior: 660
Constante de Multiplicação: 1,000 Próxima Leitura: 21-10-2019
Consumo Medido: 502 Emissão: 18-09-2019
Consumo faturado: 502 FCM Apresentação: 19-09-2019
Forma de faturamento: NORMAL Código de irregularidade: 30
Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste Código Fat. Média 12 meses
COMERCIAL MONO 1701000451 3.1.3.1 391

Mês/ano consumo CONSUMO 502 A R\$ 0,974683 = 489,29
AGU/19 619 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 39,47
JUL/19 553 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 20,06
JUN/19 340
MAI/19 364
ABR/19 404
MAR/19 326
FEV/19 326
JAN/19 317
DEZ/18 268
NOV/18 393

TARIFA SOCIAL TSEE:
R\$ 502 - R\$ 6,53018

NOTIFICAÇÃO DE REATIVAÇÃO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 18-09-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C953.2405.E09E.37AF.E831.1A49.7DA6.BCD3

Distribuição: 96,21 Base de Cálculo: 489,29 357,18
Energia: 185,93 Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 31,45 Valor do ICMS: 132,10
Encargos: 15,39 Valor do PIS: 1,40% 5,03
Tributos: 160,31 Valor do COFINS: 6,49% 23,18

Item	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
1	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
2	0,00			0,00			0,00

ROT: 14.001.07.31.033500

83630000005 3 28760017000 8 0000000021 6 10520919008 8



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyelly Mariana de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Dieme William Carlos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.902.102-06
do sinistro de DPVAT cobertura Furto da Vítima Dieme William Carlos Duarte
inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.902.102/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: <u>Rua: 24 de janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turina</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994729593</u>

Local e Data: Turina - Piauí 08.12.19

Kyelly Mariana de Oliveira
Assinatura do Declarante

CIR. GERAL DA
ORTO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: <u>WILIAN COELHO DUARTE</u>	Prontuário: <u>522254</u>
Mãe: <u>EDNA SOCORRO COELHO DUARTE</u>	Pai: <u></u>
End. Resid.: <u>RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</u>	
Nascimento: <u>17/03/1988</u>	Idade: <u>31a5m23d</u>
Sexo: <u>Masculino</u>	Fone: <u>86-99936-5164</u>
Responsável: <u>FAGNER</u>	CNS: <u></u>
Profissão: <u></u>	Documento: <u>Reg.Nasc: nao informado</u>
G. Instrução: <u>Não informado</u>	E.Civil: <u>Casado(a)</u>

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <u>740383</u>	Entrada: <u>09/09/2019 04:08:25</u>	Convênio: <u>S U S</u>	Proced: <u>0301060061</u>
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: <u>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC</u>			
Condução: <u>AMBULÂNCIA DO SAMU</u>			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: <u></u>	Classificação: <u></u>	Cor: <u>Indefinido</u>
Breve História Clas. Risco: <u></u>		

SSVV: <u></u> (Hora: <u></u> : <u></u>)			
Peso: <u>0,00</u> Kg	Altura: <u>0,00</u> M	IMC: <u>0,00</u> Kg/m2	Pulso: <u></u> bpm
		Pressão: <u></u> mmHg	

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-MOTO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, PACIENTE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR MÃO D E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 100.BPM, SAT O2: 99%,

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME GLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE.

E) ESCORIAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1304796) - T.C. DE CRÂNIO
(1304797) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
(1304798) - T.C. DE Pelve

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto): <u></u>	DATA: <u></u> / <u></u> / <u></u>	HORA: <u></u> : <u></u> : <u></u>
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO CALAÇA RIBEIRO
CRM PI 3543 Em: 09/09/2019 04:23:42

Joana Lúcia Mendes
Médica
SAMU 112

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 09/09/2019 HORA 04:11
EXAME: Crânio + Cervical + Torax
TÉCNICO: André

RAIO-X REALIZADO
DATA 09/09/2019 HORA
TÉCNICO: Luciano

Dr. Camila Botelho
MÉDICA
CRM 7212

09/09/19

107

KE

Classificação: sem diagnóstico

TC Crânio

→ sem hemorragias intracraniais

com uma cisterna subaracnóide

Dr. Carlos Costa
em 31/10

Ortopedia

OS: 04/1

Paciente vítima de PAF em coto esquerda,
origem de entorço e queda. Queixa de dor intensa
RX à prova sem fratura. Pulso presente (tórax cost.
e pedais)

Col: robô TC de coto e reavaliação após

OBS: Evolução no prontuário de ortop.

Dr. Antonio Guilherme C.S. Farias
Médico
CRM - PLE 11.000.000.000

In Geral 9/9/19 8:30h

Paciente segue com abdome indolor e ACP fisiológico.
Tórax/abdome sem hemotórax, em presunção
de lig. livre.

Col: Alter da Cir. Geral

À ortopedia

Dr. Thiago Diniz

Dr. Anderson M. Campos
Médico
CRM-P 7148



NOME DO PACIENTE: Lucimel Milton Colho Duarte

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522254

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".

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/09/2019 06:08:52

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO02)

Nome: DIEIEME WILLIAN COELHO DUARTE		(Estação: RECEPCAO02)	
Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE		Prontuário: 522254	
End.Resid.: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		Pai:	
Nascimento: 17/03/1988	Idade: 31a5m23d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99936-5164
Responsável: FAGNER		CNS:	
Profissão:		CPF: . . - * RG: -	
Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 740383	<u>Data:</u> 09/09/2019 04:08:25	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		
<u>Acid.Trab.:</u> Sim	<u>Trajetos?:</u> Sim	<u>Convênio:</u> S U S
<u>Típico:</u> Não	<u>CID Secundário:</u> V299	

DADOS CLÍNICOS:

[illegible]

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

() Melhorado	() Administração
---------------	-------------------

<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão		<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____ <input type="checkbox"/> Transferência: _____	
				DATA SAÍDA: ____/____/____. HORA: ____:____.	
		<u>DESTINO:</u> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade <u>Proced. Solicitado:</u> _____ <u>CID Compatível:</u> _____	
<u>OBJETO:</u> <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.				_____ Prof. Solicitante Internação:	

Tramira Conceição da Silva Brito
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional -

Professional - ~~CPA~~
Joanna L. L. de Mesquita
Matricula: 47300
SAME - HUT
COM O 2007

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Deixe William Coelho Duarte IDADE _____ anos DATA 12/09/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO local
 CIRURGIA REALIZADA: _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>121/71</u>	<u>137/96</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>98</u>	<u>97</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>95%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Albino</u>	

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

ESCALA DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>			<u>10</u>
ESCALA DOR ALTA		ASS.	<u>Mr. Aparecido Coutinho</u> COREN-PI 200517 - ENF			<u>Mr. Aparecido Coutinho</u> COREN-PI 200517 - ENF

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
10:40 Admitido na SRPA em POZ de 10 cm para
para futuro em mão @ Submetido ao exame com
local. Sonolento, pupila, respiração espontânea com 95%.
FO com curativo limpo.

11:10 plta da SRPA
RAIO-X REALIZADO
DATA 12/09/19 HORA
TÉCNICO: [assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ALTA SRPA
 Djamir P. Leite
 CRM - 5028
 ANESTESIOLOGISTA
 HORÁRIO
 ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () QUIMIOTERÁPICOS ()
 POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

[illegible]

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME HUT
SEM O ORIGINAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: DELMG W. C. bupn7c Nº PRONT 522257 Nº LAUDO 24203

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

DATA: 12.02.19
Sergio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



DR. LPO

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: DEIME WILIAN GOMES DUARTE

- ☒ Conferir a identificação do paciente ENF. 239/46
- ☒ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☐ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 12 de SETEMBRO de 2019

Enfermeiro responsável: Silvia Maria Gomes
Enfermeira
COREN-PI 397.305



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



86 3229 - 4247



fht.hut@teresina-pi.gov.br

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAÚDE - HUT
CONFIRMAR O ORIGINAL



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DSF 1 DE

PRESCRIÇÃO M.DICA

Reverso

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Jéssica Villares			Ortopédica	239146		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
17			HORÁRIOS			
09	Pessoal / Não		OBSERVAÇÕES			
19						
1	DIETA ORAL LIVRE		Eduarda Nogueira Visto Nutricionista CRM-PI 3718			
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA					
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS					
4	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN					
8	CUIDADOS GERAIS					
Alívio da dor						
Líquido 500 ml SC 12/12h						
0	Atenção					
Tribunação de Teresina						
CRM-PI 2001200011000						

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

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DEIME WILIAN COELHO DUARTE		522254	17/03/1988	26	Ortopédica	239	46	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DI : 09/09/2019	FRAT FEMUR D + 3 E 4 DEDOS							
12/09/19	<i>Aguardar imagem</i>							
1	Dieta Oral livre							
2	Jelco salinizado							
3	Liquemine 5000UI _ 0,25ml SC 12/12hs							
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
7	Neosine 4% 5gts VO a noite							
8	Captopril 25mg 01 comp VO se PAS >= 160 mmHg e/ou PAD >= 110mm							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
<div>Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Yuri Augusto Félix / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</div> <div>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</div> <div>CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367</div>								

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: DEIDE W. C. DUARTE Nº PRONT: 522317 Nº LAUDO: 347 292

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

DATA: 13/09/19


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

RECEBIMOS DE PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000.007.302 SÉRIE 1										
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA Nº 000.007.302 FL. 1/1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 2216 0512 5639 5900 0114 5500 1000 0073 0210 0073 0240 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora									
PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA Av. Frei Serafim, 1898-Salas 01e03, -- Centro CEP: 64000-020 - Teresina - PI TEL: (86)3217-3490 - FAX: (86)3217-3490 protepi@protepi.com												
NATUREZA DE OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 422160006984923 31/05/2016 16:46:08										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 194791548	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIM.	CNPJ 12.563.959/0001-14										
DESTINATÁRIO / REMETENTE												
NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA - C00028		CNPJ / CPF 17.577.205/0001-37	DATA DA EMISSÃO 31/05/2016									
ENDEREÇO RUA GOV. RAIMUNDO ARTHUR DE VASCONCELOS,-		BARRIO / DISTRITO PORENQUANTO	CEP 64002-530									
MUNICÍPIO Teresina	UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA									
DUPLICATAS												
Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA									
000007302	30/06/2016	60.000,00										
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00									
VALOR DO ICMS SUBST. 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 60.000,00										
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACRES. 0,00									
VALOR DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NF-E										
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
RAZÃO SOCIAL PRÓPRIO - 0001		FESTES POR CONTA 0 - EMITENTE	CÓDIGO ANTT									
PLACA DO VEÍCULO		UF	CNPJ / CPF									
INSCRIÇÃO ESTADUAL												
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MAIÇA	NUMERAÇÃO									
PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO										
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS												
PRODUTO / SERVIÇO	QTD.	UNID.	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTADO	VALOR LÍQUIDO	VALOR IPI	VALOR ICMS	VALOR TOTAL			
00265 FIOS KIRSCHNER 1.0MM	90211020	940	5102	Und	1.250,000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD. SCS 0702031348 - Num.Lote: 00798/16												
00266 FIOS KIRSCHNER 1.5MM	90211020	940	5102	Und	1.250,000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD. SCS 0702031348 - Num.Lote: 00802/16												
00267 FIOS STEIMAN 2.0MM	90211020	940	5102	Und	1.250,000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD. SCS 0702050792 - Num.Lote: 01076/16												
00268 FIOS STEIMAN 2.5MM	90211020	940	5102	Und	1.250,000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD. SCS 0702050792 - Num.Lote: 01080/16												
DADOS ADICIONAIS												
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES												
Valor Aprox Tributos: R\$ 19.254,00 (32,09%) Fonte: IBPT												
Sistema: AUTOCOM - 8.09f - MD5: 283c47466a3b708dc555bdf9a4b1674b												
Transação: 03 / VAP / VENDA A PRAZO (WFE) - Chave: 00004200												
Pedido: VAF.0000007302 - Secao: 00002853 - Usuario: CLEIDIANE (1)												
G.Custos: 0001 / PROTEPI - PRODUTOS TENO - Consultor: 0001 / PROTEPI												
Observações: MEMO Nº 037/2016 EM 10/05/2016 -												
RESERVADO AO FISCO												

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI		Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	X	RO K 1,5

HOSPITAL: H.U.T. CNPJ: _____
 CIENTE: Deine Wilson Coelho Marques Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: 1000-82 CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Família com
falta para fazer*

DATA: 12/09/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria - FICAFMS
CRM - PI 1526 - CPF - 983.537 - 9
CNS 2819804200004

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 17390
SAME - HUT
FEE COM O ORIGINAL

DATA: 15/10/19

Assinatura do Médico Solicitante

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199


HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Dieme Wilian L. Duarte Nº PRONT.: 522254 Nº LAUDO: 247038

JUSTIFICATIVA

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

DATA: ____/____/____


Justino Sérgio Lodi Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT
ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR


Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria
CRM - RJ 1634 - CP - 50.537-8
CNS 250000000004

DATA:

15/10/19

ASSINATURA DO AUDITOR



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



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 12, 09, 19

NOME DO PACIENTE: Delme Wilson C. Duarte	PRONTUÁRIO Nº: 522254
DIAGNÓSTICO: Fratura fêmur	CIRURGIA: Fixação
ANESTESIA: Sedação	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: João-Exp	CPF Nº
AUXILIAR: Guilherme (R)	CPF Nº
ANESTESIA: Flávio	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: _____	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 710	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	02		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	02	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		cateter 02	01		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA letado 05 crepom 02 escova 03			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Alaine			
PROLENO							

Joana Lúcia Mendes de Menezes
Matrícula: 47390
SANE - HGT
CONF. COM O OR



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

240742

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

247038

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

6 - Prontuário: 522254

7-CNS:

8-Nascimento: 17/03/1988

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

12-Fone: 86-99936-5164

13-Resp: FAGNER

14-Cor: Parda

5-Ende: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - 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:

ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA
RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3° E 4° DEDOS

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EXAME CLINICO E RX

23-Diagnóstico Inicial:

Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS

9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02 01

CPF

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

34-Data Solicitação:

09/09/2019

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2425

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Usuário: (CAIO VAZ)

Consulta Local: 740383

Consulta SUS:

Impressão: 09/09/2019 09:09:02

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Amara concueas de souza Brito

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

Nº LAUDO: 240742

AIH: 2219101887882

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

700100961810215

NOME DO PACIENTE

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

NASCIMENTO

17/03/1988

SEXO

M

PRONTUÁRIO

522254

DOCUMENTO CPF

114821

TELEFONE

8688568748

NOME DA MÃE

EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

2094

BAIRRO

CIDADE NOVA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020342 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO COM FIXACAO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09/09/2019

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

CPF: 77632702334

CRM:

DATA ADMISSÃO

09/09/2019 04:08

DATA ALTA

13/09/2019 17:07

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

CPF: 09623442300

CRM:

DATA ANALISE: 25/08/2019 13:43:54

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (ATH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT4-CNES
5828856**247038****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE**6 - Prontuário: **522254**

7-CNS:

8-Nascimento: **17/03/1988**9-Sexo: **Masculino**10-Mãe: **EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE**12-Fone: **86-99936-5154**13-Resp: **FAGNER**14-Cor: **Parda**15-Endereço: **RUA ABATUBA Nº2591 - CIDADE NOVA - 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:

**ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA
RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS**

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EXAME CLINICO E RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outros dedos

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S626**PROCEDIMENTO SOLICITADO**28-Cod.Proced.: **0408020342**

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.: **CPF 776.327.023-34**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

34-Data Solicitação:

09/09/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBO:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

15/10/19

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DECA/PMS
CRM - PI 1435 - CPF 76.563.537-8
CNPJ 04.000.000/0000-00

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **CAMPARO LEAL**
Consulta Local: **740383**
Consulta SUS:
Impressão: **25/09/2019 15:28:18**Joana Lúcia Mendes de Sousa
Matrícula: **SAE - HUT**
CONFERE COM

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIANOME DO PACIENTE: Dilma Wilham Bello Duarte

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir cirurgia agendada 239-46
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☐ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☐ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☐ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 10 de Setembro de 2019Enfermeiro responsável: Shirley Maria Guedes Pontes
Enfermeira
COREN-PI 397.365R- 34. C
PA- 140 x 90

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Deime Wilson Coelho Duarte</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>TNT III + IV QD D</u>		
Operação - Tipo <u>Amputação dos 4</u>		
Cirurgião <u>lao-Exe</u>	1º Assistente <u>Guilherme (R)</u>	
2º Assistente <u>—</u>	3º Assistente <u>—</u>	
Instrumentador(a) <u>—</u>	Anestesista <u>Flávio</u>	Anestesia <u>Sedação</u>
Anestésico(a) <u>—</u>		
Data da Operação <u>12/09/19</u>	Início <u>10:00</u>	Fim <u>10:30</u>

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- (1) DNR (2) Assessoria (3) Causa
- (4) Amputação (5) Amputação 4 dos 4
- (6) Amputação (7) TMS

Assessoria de Medicina
Médico: 47390
SOME - HUT
FEE COM O ORIGINAL

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

2474

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE**

7-CNS:

8-Nascimento: **17/03/1988**

9-Sexo: **Masculino**

6 - Prontuário: **522254**

11-Mãe: **EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE**

CPF:

13-Resp: **FAGNER**

12-Fone: **86-99936-5164**

1-Ender: **RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010**

14-Fone: **86-99936-5164**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050519

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030910

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Professional Responsável:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

13/09/2019

40-No.Doc. Med. Solic.

217.817.218-07

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3457 - TEOT 11913

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fract. diaf. de Fêmur

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

H.U.T.

NOME DO PACIENTE <i>Dilme Wilson Coelho Buarke</i>				Nº DE REGISTRO <i>322254</i>		
DATA <i>12/09/19</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>MV + BIRA</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>RCRZT, BAF, SS</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>Consciente, Orientado.</i>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fract. Lateral</i>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>N.D.N</i>				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 OUTROS 200 OUTROS 100					1. <i>Cefazolin 2g</i> 2. <i>Dexametazona 2g</i> 3. <i>Paracetamol 500mg</i> 4. <i>Tilatil 200mg</i> 5. <i>Outros</i>
TEMPERATURA	Cº					260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10
P. ARTERIAL V O PULSO	38					2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			SEQUÊNCIA			
RESPIRAÇÃO O			1. <i>Preto Preto + Preto</i> 2. <i>Preto</i> 3. <i>Preto Preto Preto</i> 4. <i>Preto Preto Preto</i> 5. <i>Preto Preto Preto</i> 6. <i>Preto Preto Preto</i> 7. <i>Preto Preto Preto</i> 8. <i>Preto Preto Preto</i> 9. <i>Preto Preto Preto</i> 10. <i>Preto Preto Preto</i> 11. <i>Preto Preto Preto</i> 12. <i>Preto Preto Preto</i> 13. <i>Preto Preto Preto</i> 14. <i>Preto Preto Preto</i> 15. <i>Preto Preto Preto</i>			
SÍMBOLOS			DURAÇÃO <i>50 min.</i>			
TÉCNICAS <i>Sedação + Anest. Local</i>			INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES <i>Fract. Fechada</i>						
CIRURGIÕES <i>João. Eze</i>						
ANESTESISTAS <i>Flávio Melo</i>						
PARITICULARIDADES						

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

Flávio Melo
Matrícula: 47390
SAME - HUT

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA:

DECLARANTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ ☐ Paciente

☐ Responsável ou Representante Legal

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo:

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____

Patologia: _____

1. Declaro que o(a) Dr(a). _____ CRM: _____
Informou-me que, tendo em vista a realização do tratamento cirúrgico para a patologia citada acima será necessária a administração de anestesia podendo englobar anestesia geral, sedação, bloqueios de neuroeixos, bloqueios periféricos, etc

2. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro que prestei ao médico anesthesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.

3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: ocorrência de dor, náuseas, vômitos e tremores de intensidade variável; complicações de manuseios de vias aéreas e cateterismo de artéria e veia profunda em casos indicados; reações alérgicas e edema de face e olhos, com possibilidade de necrose de pequenas regiões em cirurgias de longa duração; lesões neurológicas relacionadas ao bloqueio espinhal ou ao posicionamento do paciente, temporárias ou não, especialmente em braços, pernas ou olhos; complicações cardiovasculares ou pulmonares, eventualmente graves, como infarto ou embolias que possam levar à morte em várias situações; complicações renais e do sistema de coagulação, assim como reações adversas do organismo à anestesia aplicada, como aquelas decorrentes de incomuns doenças genéticas / neurológicas / musculares / renais / cardiovasculares / metabólicas.

4. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Fui informado que a medicação administrada causa sonolência, amnésia anterógrada de curta duração e relaxamento muscular, podendo ainda causar alergia cutânea e/ou mucosa. Deste modo, não deverei dirigir veículos ou operar máquinas, não deverei ingerir álcool e não deverei assinar documentos no período de 24 horas após o procedimento. Em caso de sinais alérgicos após o procedimento, deverei entrar em contato com o médico anesthesiologista.

7. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e risco do procedimento. Por tal razão e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

8. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Teresina/PI, 09 de 12 de 2019.

Teresina/PI, 09 de 12 de 2019
Márcio M. de S. Lima
SAÚDE
Conferência Original

Paciente

Dr. Daniel Marcos M. de S. Lima
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI: 5088

Responsável / Testemunha

Hospital de Urgências de Teresina

Número do prontuário

522 254

>> AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome Duarte William C. Duarte Idade 31 Sexo M Peso 74 Altura 1,74

Diagnóstico Est. I. F.A. Cirurgia programada Data prevista

	Sim	Não	Especifique		Sim	Não	Especifique
HAS				Diabetes Mellitus			
Ins. Coronariana				Doenças da tireóide			
IAM <input type="checkbox"/> > 3m. <input type="checkbox"/> < 3m				Dislipidemia			
ICC				Obesidade			
Fibrilação Atrial				Outros			
Marca passo				Doença de refluxo			
Outras				Insuf. Hepática (Child A, B, C)			
Asma				Hipertensão porta			
DPOC				Obstrução intestinal			
Apnéia Obstrutiva do sono				Outras			
Hipertensão pulmonar				Patologia neuromuscular			
IVAS recente				Patologia da coluna vertebral			
Outras				Coagulopatia			
Síndrome nefrótica				Anemias hemolíticas			
Síndrome nefrítica				Transfusão sangue prévia			
Litíase renal				Gravidez			
Insuficiência renal				Morte em anestesia na família			
Doença de próstata							
Outras				Tabagismo			
Convulsões				Alcoolismo			
AVC prévio				Dependência de drogas			
Distúrbio cognitivo							
Outras				Penicilina			
Hepatite A, B, C				Látex			
HIV				AINES			
Doença de Chagas				Outros			
Outras				História de intubação difícil			

Medicações usadas de forma regular

Fitoterápicos

CIRURGIAS ANTERIORES	TIPO DE ANESTESIA	INTERCORRÊNCIAS
<u>I</u>		

Paciente CTI: ☐ Não ☐ Sim ☐ PIA ☐ PVC ☐ SVD ☐ Glasgow ☐ Ventilação Mecânica ☐ Drogas vasoativas ☐ Drenos

Hb Ht Plt Leuco Glic Glico Hb PTT RNI Fib

Na K Ca Mg Cl Cr Ur

Rx tórax Eco

ECG TE

Cat Outros

EXAME FÍSICO

PA 123 x 82 FC 76 Mobilidade Cervical ☒ normal ☐ reduzida MALLAMPATI ☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV

Abertura da boca: ☒ > 40mm ☐ < 40mm Incisivos protusos: ☐ sim ☒ não Prótese dentária: ☐ sim ☒ não

Distância mento-tireóide ☒ > 6cm ☐ < 6cm Ausculta respiratória mm @ 120 Ausculta cardíaca RR 2 T, BNF, SS

Outros dados importantes

Doença cardíaca ativa: ☒ não ☐ sim Capacidade funcional: METS

Preditores clínicos: ☒ não ☐ sim

Risco cardíaco do procedimento cirúrgico: ☐ Alto ☐ Intermediário ☒ Baixo

ASA II

Necessidade de interconsulta clínica/ psicológica: ☒ Não ☐ Sim

Previsão de CTI pós-operatório imediato: ☒ Não ☐ Sim Previsão de hemotransfusão: ☒ Não ☐ Sim

Aprovado para procedimento anestésico: ☐ Não ☒ Sim Informado jejum pré-operatório: ☐ Não ☒ Sim

Aspectos espirituais/ culturais a destacar ☒ Não ☐ Sim

Planejamento Anestésico Genal Data: 09/09/19 Médico Anestesiologista/CRM

Reavaliar em 50.

- Sugiro realização de exames laboratoriais

Nome do paciente: Deime Wilson Leão Duarte Idade: 31 Sexo: M(X) F()
Nº prontuário: _____ Leito: 229 - 1 Data: 13/09/19

Triagem de Risco Nutricional – NRS 2002 – Nutritional Risk Screening

Parte 1 – Triagem inicial		SIM	NÃO
1	Paciente apresenta IMC < 20,5?		X
2	Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		X
3	Houve redução na ingestão de alimentos na última semana?		X
4	Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI?		X

SIM: se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, continue e preencha a parte 2.

NÃO: se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do risco nutricional

Estado nutricional		Gravidade da doença (efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado nutricional normal <input type="checkbox"/>	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades nutricionais normais <input type="checkbox"/>
Leve (Pontuação 1)*	Perda de peso >5% em 3 meses <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior. <input type="checkbox"/>	Leve (Pontuação 1)*	Fratura de quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); diabetes, câncer, hemodiálise crônica. <input type="checkbox"/>
Moderado (Pontuação 2)*	Perda de peso >5% em 2 meses <u>ou</u> ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior. <input type="checkbox"/>	Moderado (Pontuação 2)*	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas). <input type="checkbox"/>
Grave (Pontuação 3)*	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) <u>ou</u> ; IMC < 18,5 + condição geral comprometida <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior. <input type="checkbox"/>	Grave (Pontuação 3)*	Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10). <input type="checkbox"/>

Score total = 0

calcular o escore total: **A.** Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); **B.** Some os dois escores para obter o escore total; **C.** Se o paciente apresentar idade ≥ 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Pontuação ≥ 3: o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada.

Pontuação < 3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pela *Guideline da ESPEN** para o âmbito hospitalar

***Pontuação = 1:** a necessidade proteica está aumentada, mas o Déficit Proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

***Pontuação = 2:** a necessidade proteica está substancialmente aumentada e o Déficit Proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais/ dieta enteral.

***Pontuação ≥ 3:** a necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais/ dieta enteral.

Resultado da triagem: ☒ Sem risco nutricional
☐ Sem risco, com aumento das necessidades proteicas
☐ Com risco nutricional

Responsável pelo preenchimento: _____

Taísa Caland
Taísa da C. Noral Caland
NUTRICIONISTA
CRN 10169 / 6ª REGIÃO

Teresa Paquet Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAÚDE - HUT
Confirmação Original

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Deime Wilian Coelho Duarte

- ☒ Conferir a identificação do paciente 229 - 1
- ☒ 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 - NENHUMA
- ☒ 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: 110/70 Tax: 35°C

Data: 13 de 09 de 19

Enfermeiro responsável: Luiza Pereira da Silva

Luiza Pereira da Silva
COREN-PI: 12464-ENF



Teresa Regina Farias de Sousa Lopes
Matrícula: 556254
SAÚDE - HUT
Contato: 3229-4247

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Duane William Coltur Duarte IDADE 31 anos DATA 13/09/20
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 31 min TIPO DE ANESTESIA GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Osteotomia Fêmur CIRURGIÃO Fernando

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>142 x 82 mmHg</u>	<u>138 x 75</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>98 bpm</u>	<u>78</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>93%</u>	<u>93%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR 1ª V		ASS.	<u>Indolente</u>		

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Na
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POI de
osteotomia de fêmur; segue calmo; relesente; aq. - 1-
Enfa: Indolente
484.168

RAIO-X REALIZADO
 DATA 13/09/19 HORA 21:00
 TÉCNICO: Daniela

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Luan Gonçalves Granjeiro
 MÉDICO
 CRM-PA 4538

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGEM/SF [] GRAFICOS []

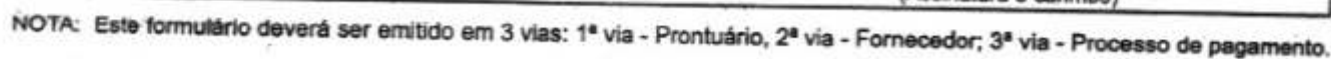
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DEIME WILIAN COELHO DUARTE		522254	17/03/1988	31	Ortopédica	229	1	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DATA/HORA CÓDIGO								
09/09/2019	FRAT FEMUR D + 3 E 4 DEDOS							
13/09/19	Atende com fe							
1	Dieta oral livre							
2	Jeito salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	cefalotina 1g+ AD EV 6/6H							
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
6	Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN							
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
8	Neozine 4% 4gts VO noite							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
<div> <div> Tratado por Dr. Ricardo S. Valença Márcio 09/09/2019 844-11-1111 Conferência 09/09/19 </div> <div> Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367 </div> </div>								

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME
OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.030.822
SÉRIE: 1

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica



R. Magalhães Filho, Nº 175
Bairro: Centro
Teresina - PI
CEP: 64000-128
FONE: (86) 3221-0318

0 - Entrada
1 - Saída
Nº 000.030.822
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO

2219 0911 6641 1800 0130 5500 1000 0308 2210 0000 0011

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.gov.br/portal ou no
site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322190013799095 - 2019-09-19T16:48:30-03

INSCRIÇÃO ESTADUAL
194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

CNPJ

11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ/CPF

05.522.917/0001-70

DATA DA EMISSÃO

19/09/2019

ENDEREÇO

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015

BAIRRO/DISTRITO

Porequinto

CEP

64002-530

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

19/09/2019

MUNICÍPIO

Teresina

FONE/FAX

(86) 3194-6777

UF

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

16:49:29

FATURA/DUPLICATA

Número
001

Data Vcto.

19/10/2019

Valor

296,13

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	296,13
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VAL. APROX. TRIB.
				0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				296,13

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL ICMS	VAL IPI	% ICMS	% IPI	VAL. APROX. TRIB.
51	0702030910 - PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 mm LARGA (INCLUI PARAFUSOS) (Ref: 40104500344 Qtd.: 1 Lote: 05996/17) (Ref: 40104500360 Qtd.: 1 Lote: 05997/18) (Ref: 40104500387 Qtd.: 1 Lote: 05998/18) (Ref: 40104500409 Qtd.: 1 Lote: 05999/18) (Ref: 40104500441 Qtd.: 1 Lote: 06000/18) (Ref: 40104500563 Qtd.: 2 Lote: 06001/18) (Ref: 40104500646 Qtd.: 1 Lote: 05956/18) (Ref: 40202000109 Qtd.: 1 Lote: 04851/17)	90211020	040	5102	UN	1,0000	296,1300	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Teresina, 19 de Setembro de 2019
Medicamento
SAB - HUT
Centro de Referência em Saúde da Família

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

(PCT: DEBIME WILLIAN COELHO DUARTE) PRONT: 522254 (CONV: SUS) (DR. FERNANDO C DE OLIVEIRA) (DATA: 13/09/2019) (HOSP: HUT)

RESERVADO AO FISCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



**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 da
Internação:

4-CNES
5828856

247406

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE**

6 - Prontuário: **522254**

7-CNS:

8-Nascimento: **17/03/1988**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: . . .

11-Mãe: **EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE**

12-Fone: **86-99936-51**

13-Resp: **FAGNER**

14-Fone: **86-99936-51**

15-Endereço: **RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - 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.

0408050519

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

31-Cod. Procedi-
mento Especial

0702030910

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Profissional Responsável:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

13/09/2019

40-No. Doc. Méd. Solic.:

217.817.218-07

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 34677 EOT 11913

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratur. diaf. de Fêmur

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

08.10.19

M. Santos Filho

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Teresa Regina Pereira de Sousa Lopes
Nº 234
GABINETE
Genteon Original

José de Ribamar Santos Filho
Assessor de Auditoria - DECA/ANVISA
CRM-PI 1808 - CPF: 373.218.53-00
CNS 17060053326002

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Dianne William E. D...</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>522254</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dre Fernando Couto</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Dre Hilton</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Valdlene</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6,5 7,0 e 7,5	PAR	08	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0 e 8,5	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID.	05		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	250	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		Esparadrapo	e	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <p>Tratado em 13/09/2019 às 14h30min Médico: <u>Dr. Fernando Couto</u> SUS - FMS Coordenador: <u>Dr. Fernando Couto</u></p>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	Klenia		
VICRYL	1	03		CIRCULANTE:	Guadalupe		
PROLENO							

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 242497

AIH: 2219101907352

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

700100961810215

NOME DO PACIENTE

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

NASCIMENTO

17/03/1988

SEXO

M

PRONTUÁRIO

522254

DOCUMENTO CPF

114821

TELEFONE

8688568748

NOME DA MÃE

EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

2094

BAIRRO

CIDADE NOVA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

13/09/2019

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

CPF: 21781721807

CRM:

DATA ADMISSÃO

13/09/2019 17:07

DATA ALTA

15/09/2019 09:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 67939400363

CRM:

DATA ANÁLISE: 13/09/2019 17:30:31

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

242497

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

247406

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

6 - Prontuário: 522254

7-CNS:

8-Nascimento: 17/03/1988

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

12-Fone: 86-99936-516

13-Resp: FAGNER

14-Cor: Parda

15-Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - 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 da deformidade e limitação em coxa (S)

21 - Condições que justificam a internação:

TTO cirúrgico

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Prim:

S723

25-CID Sec:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

217.817.218-07

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

13/09/2019

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 213087-TEOT 11913

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

08/10/19

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Autorização de Conselho:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Fábio Rodrigues

José de Ribamar Santos Filho
Médico de Família - CRM 213087-TEOT 11913
Assessoria de Auditoria - DREMA/PR
Consultoria Local: 740191
Impressão: 13/09/2019 17:09:16

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Dilene Willian Correia Duarte

Diagnóstico pré-operatório Fratura dist. de Fêmur

Operação - Tipo R.A.F.I

Cirurgião Fernando Cato 1º Assistente

2º Assistente Dr. Fernando C. de Oliveira

Instrumentador(a)

Anest.

Anestesia

anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte reto sob traq. e anestesia + preparo habitual
- 2) Via lateral + dissecação
- 3) Redução + Fixação c/ placa + parafusos
- 4) Lavagem c/ SF 0,9% + sutura
- 5) Curativo

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

Dr. Fernando C. de Oliveira
Médico - RQE 234
SAM - HUT
Centro Cirúrgico


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304799 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE TORAX

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

RELATÓRIO:

- GRANULOMA CALCIFICADO NO ÁPICE DO PULMÃO ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,5 cm.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

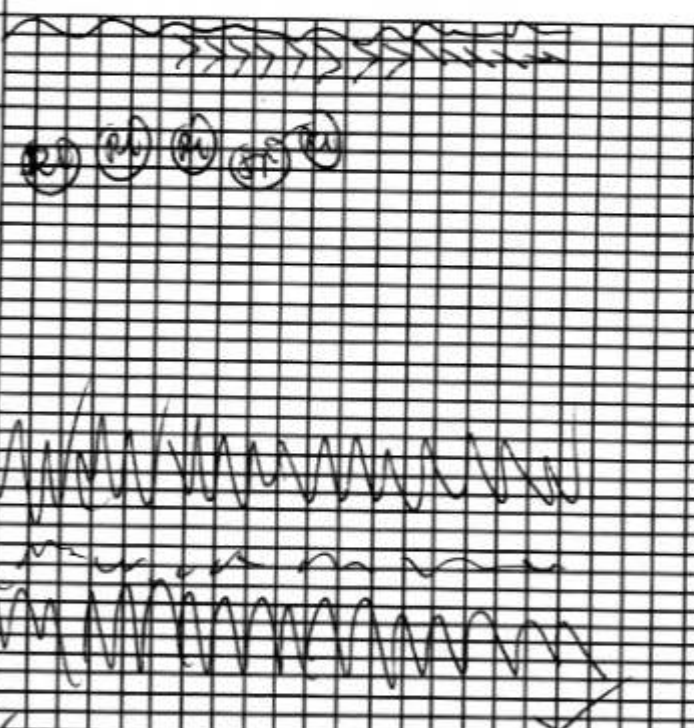
CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Teresina, 09 de Setembro de 2019
 Matriculado: 059234
 SAMA HUT
 Conferido em Original

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE DIEIMÉ WILLIAM COELHO DUARTE				Nº DE REGISTRO 247496		
DATA: 13/03/19	P. ARTERIAL 140x80	PULSO 85	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		
SISTEMA DIGESTIVO				BRONQUITE		
ESTADO DE ACUTAP, PÂNICO DE ANESTESIA				SISTEMA URINÁRIO		
MENTAL				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ATARAXICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS		
APLICADO AS				EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 Ar 2 50% 3				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 SANGUE 300 OUTROS 200 OUTROS 100				DORMAN 10 CEFAMINA 1 PROPOFOL 1 ATROPINA 1 ATROPINA 1 MIDOSTIGMINA 1 DILATA 1 ONDANSETRONA 1 TILATIL 1 DILTIZEMIA 1	
TEMPERATURA T	Cº 280 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO	38				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS 16:30 15:00						
TÉCNICAS BLOQUEIO SUBARACNOIDEU + GERAL BALANÇADA						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES DR. FERNANDO COUTO						
ANESTESISTAS DR. MIRAN DR. RAFAEL DE MORAES MACHADO RIBEIRO ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 0049						
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARITICULARIDADES						



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304863 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas nas falanges proximais do 3º e 4º quirodáctilos com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Tratado pelo Serviço de Urgência
Matrícula: 0059234
SAÚDE - HUT
Confere com Original

Tratado pelo Serviço de Urgência
Matrícula: 0059234
SAÚDE - HUT
Confere com Original


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304864 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diáfise proximal do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresina Augusto Moura Fe
 Matrícula: 055234
 SAM HUT
 Confirmação C.F.


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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304865 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 09/09/2019

JOELHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 558234
 SAME HUT
 Confere com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304866 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/09/2019

PERNA DIREITA

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

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

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável


 Nome: Carlos Augusto Moura Fe
 Matrícula: 059234
 SANE HUT
 Genêro: Original


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 06 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247297
 Requisição: 999913 Solicitação: 13/09/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
 Controle: 1309111 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 13/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura recente alinhada na diáfise proximal do fêmur fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Termo de Responsabilidade
 Matrícula: 0558234
 SIA: HUT
 Controlador


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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304797 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

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

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Teresa Angel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 359234
 SAU - HUT
 Conferência Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304796 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/09/2019

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.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Teresa Regina Pereira de Sousa Lopes
Márcia 0058234
SAÚDE HUT
Confere com Original


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304798 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE PELVE

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

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Osvaldo Soares de Carvalho Junior
 Matrícula: 059234
 SAM-PI HUT
 Conferido em Original


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304796 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/09/2019

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.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes
 Matrícula: 47760
 SAME - HUT
 CONFERE COM O


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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304797 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

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

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Sá
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM OUTROS

**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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304798 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE PELVE

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

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Menezes
Matrícula: 47380
SAME - HUT
CONFERE COM


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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: **522254**)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304799 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE TORAX

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

RELATÓRIO:

- GRANULOMA CALCIFICADO NO ÁPICE DO PULMÃO ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,5 cm.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes da Mota
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997887 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304800 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/09/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304863 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas nas falanges proximais do 3º e 4º quirodáctilos com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Metrícula: 47390
SAMT - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304864 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diáfise proximal do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luiza Martins da Mota
Márcia 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304865 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 09/09/2019

JOELHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304866 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/09/2019

PERNA DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247297
 Requisição: 999913 Solicitação: 13/09/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
 Controle: 1309111 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 13/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura recente alinhada na diáfise proximal do fêmur fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

NOME
MARCY MOURA DE OLIVEIRA



DIG. IDENTIFICADORA
07318478449

CPF
438.565.308-00

18/12/2019

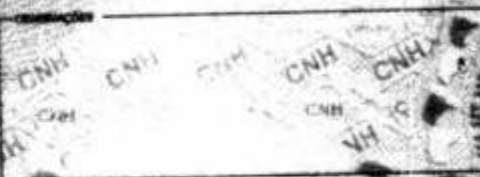
PLACAS
AUTOMÓVEL - 15
ALIVREIA
EVE MOURA DA SILVA

PROFISSÃO
PROFISSÃO

IDENTIFICADORA
07318478449

VÁLIDA
20/08/2020

PRIMEIRA
21/08/2019



Marcy Moura de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA
20/08/2020

IDENTIFICADORA
07318478449

PROFISSÃO
PROFISSÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460

PIAUI

AVENIDA JOAQUIM NELSON GUARAYTOS, ITARARE - Nº 17, TERESINA - PIAUÍ, TEL. (86) 99957-8421

MURILLO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE
Emp. R\$ 3,48 TJ, R\$ 0,50 MP, R\$ 0,06 Vied, R\$ 0,26 Total R\$ 4,30

NOTAS DE TERESIA
BARBARA ALENCAR
REITAS SILVEIRA
da Interna
quim Nelson
17 - Dirceu

[illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004340/20

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

CPF: 969.902.102-06

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: DIEIME WILLIAN COELHO
DUARTE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE : 969.902.102-06

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: 06/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004811 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO DIREITA COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR(PLACA E PARAFUSO);DE 3º E 4º DEDOS - FIO DE K.
ALTA MÉDICA. P.06/17/39/55/59

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
E DE LEVE DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Dieime William Coelho Duarte
RG: 7.560.533 Órgão Emissor: SSP-AP
CPF: 969.902.102.06 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Parado Profissão: autônomo
Endereço: Av. Br. de Castelo Branco Nº 420
Bairro: urbano Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 98807.7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Dieime William Coelho Duarte
CPF: 969.902.102.06 Data do Acidente: 08/09/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina-Piauí 25/09/2019
Local e data

Dieime William Coelho Duarte
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Coronel Figueira, 1221 - Centro, CEP: 64000-250 - Teresina-PI - Fone: (86) 321-1400 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Título: *Cartório de Notas de Teresina*

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 25/09/2019. Selo: AAJ46292-XFJW
www.tjpi.jus.br/portalexta

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 196
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardênia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS:
CONSULTE O SELO DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004340/20

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

CPF: 969.902.102-06

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE : 969.902.102-06

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: 06/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior