

Browser tabs: Email, Contr, Contr, Autori, Audi, Cons, PJ 0801, PJ 0807, Telef, Down, (29) V, Nova guia, +

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=553437&ca=3b5f7c8143f72432267...

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

PJE PJEC 0801893-97.2020.8.18.0136
ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

12051712 - CONTESTAÇÃO (2752298 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/09/2020 11:12:17

22 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12051703 - CONTESTAÇÃO
 - 12051712 - CONTESTAÇÃO (2752298 CONTESTACAO 01)
 - 12051719 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12051722 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12051724 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12051725 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 15

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADOS ASSOCIADOS —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JECC DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08018939720208180136

AUSÊNCIA DE COBERTURA

PT 11:12 22/09/2020



Número: **0801893-97.2020.8.18.0136**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Teresina Sul 1 Anexo II Bela Vista**

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Perdas e Danos**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|-------------------------|
| ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA (AUTOR) | | CELSO THALYSSON SOARES E SILVA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (AUTOR) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 12051719 | 22/09/2020 11:12 | PROCESSO ADMINISTRATIVO | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

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: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000090213-9

Nr. da Autenticação 2F3B7538170A66F1



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190485017 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEMILUNAR À DIREITA.
FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÊMUR - PLACA E PARAFUSO; FRATURA SEMILUNAR DE FIO DE K.
ALTA MÉDICA. P.09/14/17/20/24

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO E DE 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 MODERADA DE PUNHO DIREITO E
LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 30 % | R\$ 4.050,00 |





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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190485017

Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14714255

Pag. 00997/00998 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190485017

Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

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\$ 4.050,00 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000090213-9

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 066899/19 CPF da vítima: 05026650333 Nome completo da vítima: ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012
Nome completo: ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA CPF: 05026650333
Profissão: ARTE SDO Endereço: R10-306, KM-23 Número: 711 Complemento:
Bairro: Chapadinha Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.000-006
E-mail: Tel.(DDD):

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 989 CONTA: 90213 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar a 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.

Local e Data: Teresina, 09/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura DPVAT
15 MAI 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

FPS.001.V001/2018





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

595 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001132/2019-35

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 27/03/2019 - 14:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

ESTRADA DE CHÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/01/2019 - 08:00

Bairro

CHAPADINHA

Ponto de Referência

COLÉGIO MANOEL NOGUEIRA LIMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA (27 ANOS)

RG: 3042807 SSP PI

Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS LIMA

Endereço: BR 316 KM 23 CHAPADINHA SUL, Nº

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/POP 100, COR PRETA, PLACA NIC-9711-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO COLIDIU COM UM GIPE DO RALLY PIOCERÁ, Nº727, QUE SAIU DE UMA VAREDA E INVADIU A PREFERENCIAL DA VÍTIMA, SENDO ESTA SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 103331). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francieleide Lima
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

André Cicero dos Santos Lima
ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA (27 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 066899/19 CPF da vítima: 05026650333 Nome completo da vítima: ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012
Nome completo: ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA CPF: 05026650333
Profissão: ARTE SDO Endereço: R10-306, KM-23 Número: 711 Complemento:
Bairro: Chapadinha Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.000-006
E-mail: Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 989 CONTA: 90213
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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

Local e Data: Teresina, 09/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001.V001/2018





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado

01 Nº do chamado: 3177 02 Data do chamado: 22.01.2019 03 PRO (código): 2876 04 Saída do PA: 08:40 05 Chegada ao local: 08:55

06 Saída do local: 08:47 07 Chegada ao 1º hospital: 09:12 08 Saída do 1º hospital: 09:12 09 Chegada ao 2º Hospital: 09:12

Local da Ocorrência

10 Endereço: Chapadinha - SO 11 Bairro: 12 Município/UF: Teresina - PI Código BGE: 13 Ponto de referência:

Dados do Paciente

14 Nome: André Cícero dos Santos Lima 15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 16 Idade: 77 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência: 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Faleceu chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 11 24 Sinais Vitais: Pulso: 58 Resp: 18 PA: 100/60 TAX: 95 SatO2: 95 25 Local da lesão: 26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não 29 Escala de Dor de 0 a 10: 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura: 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): 32 Hospital de Destino: 33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): 32 Hospital de Destino: 33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: 33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não

Observações Interdisciplinares

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): 32 Hospital de Destino: 33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não

Responsável pela recepção

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): 32 Hospital de Destino: 33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não

Versão: 27.11.2011

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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)

Capital 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

Eu, André Cicero dos Santos Lima,
RG nº 3.042.807, data de expedição 04.05.18,
Órgão SSP-PE, CPF nº 050.786.503-33

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>RD 346, Km - 23,</u> |
| Número | <u>S/N</u> |
| Apto/Complemento | |
| Bairro | <u>Chopadinho,</u> |
| Cidade | <u>Teresina,</u> |
| Estado | <u>PI</u> |
| CEP | <u>64.000-000,</u> |
| Tel. de contato | |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

TERESINA/PI; 09/05/2019

X André Cicero dos Santos Lima

Assinatura do Declarante



equatorial
energia
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 640-748/0001 - PI - Visc. Estadual: 19.371.383-9
Mat. e Forq. / Caixa de Energia Elétrica - São 3-1
Regime Especial de Imposto de Renda - Lei nº 9.250/96

Para consultar
número "11" ou
"12" NÚMERO

SEU CÓDIGO

017351586

Nº da Nota Fiscal

A Nota Social da Energia Elétrica - TPE foi criada
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002.

TOTAL A PAGAR (R\$)

126,20

FEVEREIRO/2019

13/02/2019

RATIMUNDA VIEIRA DE SOUSA LIMA
RD 316 3 B-RURAL
CPF: 000151587803-5

CATEGORIA: 000 - 000 - TERESINA

| | | | |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual: | 1418 | Novo: | 06/02/2019 |
| Anterior: | 1291 | Anterior: | 07/01/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Letura: | 08/03/2019 |
| Consumo Medido: | 127 | Entrega: | 05/02/2019 |
| Consumo Teórico: | 127 | Apresentação: | 06/02/2019 |
| Forma de Pagamento: | 127 | Data de Consumo: | 06/02/2019 |
| | ESAN | | |

NORMAL: GASTOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

| Classificação | Ligação | Número Medidor | Poste | Código Pat. | Méda 12 meses |
|---------------|---------|----------------|-------|-------------|---------------|
|---------------|---------|----------------|-------|-------------|---------------|

MONO A2085616 SERVIDOR DA CONTA 1.1.1.1 162

ANEXO: consumo

| | | | | |
|--------|-----|--------------------------------|----------------------|--------|
| JAN/19 | 128 | CONSUMO | 127 A R\$ 0,889544 = | 112,97 |
| DEZ/18 | 187 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP) | | 9,50 |
| NOV/18 | 204 | MULTA POR ATRASO 12/18-00 | | 2,80 |
| OUT/18 | 713 | JUROS POR ATRASO 12/18-00 | | 0,93 |
| SET/18 | 180 | | | |
| AGO/18 | 166 | | | |
| JUL/18 | 140 | | | |
| JUN/18 | 93 | | | |
| MAI/18 | 161 | | | |
| ABR/18 | 180 | | | |

TP: 17H 50M 10S 100G:
6 P. 127 - 0,889544

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/02/2019. O não pagamento por 30 dias consecutivos e incursão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-5-10-15-20-25

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

| | | | |
|---------------|-------|------------------|--------|
| Distribuição: | 22,87 | Alíquota ICMS: | 112,97 |
| Energia: | 44,16 | Valor do ICMS: | 22,00% |
| Transmissão: | 7,47 | Valor do PIS: | 24,85 |
| Encargos: | 7,47 | Valor do COFINS: | 24,85 |
| Tributos: | 4,71 | | 1,50 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| Índice | Atual | Anterior | Anterior | Anterior | Anterior | Anterior | Anterior | Anterior |
|--------|-------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Índice | 5,00 | 10,15 | 20,30 | 3,43 | 6,85 | 13,70 | 27,40 | 54,80 |

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
15 MAI 2019
DPVAT

(86) 9.9404-4764
(86) 9.8867-8941
(86) 9.9999-0117
(86) 9.9857-3724
(86) 9.9926-9097



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL NF: 718916

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

RUA BOA VISTA, 497, B-CEDRO

CEP: 64.450-000

MONSENHOR GIL-PI

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
|---------------|------------|----------------------------|
| 0447341-3 | 04/2019 | 21/02/2019 a 21/03/2019 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 77 | 25/04/2019 | R\$ 64,75 |

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

P.J. CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO
PIAUI****Eletrobras**

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-
89

IE: 19301383-5

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | TOTAL A PAGAR |
|--------------|---------|---------------|
| 0447341-3 | 04/2019 | R\$ 64,75 |

836200000005.544900170009.000000003988.675609150056





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/816LIQTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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

Maria de Fatima de Paula Brasil

inscrito (a) no CPF/CNPJ

705.927.213,53

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Andre Cicero dos Santos Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.966.503,33

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Andre Cicero dos Santos Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº

050.966.503,33

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Recurso-me

Renda:

Recurso-me

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:

Rua Bar Vista

Número:

47

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Vol. Atl

Estado:

PR

CEP:

64.450-000

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

TERESINA (PI) 09/05/2019

Maria de Fatima de Paula Brasil
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:12:17

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211121655100000011404741>

Número do documento: 20092211121655100000011404741

Num. 12051719 - Pág. 14



NOME DO PACIENTE: André Cicero dos Santos Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 103 331



SERVICO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção Fone: 86 3216 5444
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.922.911/0002-02

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

| | |
|---|--|
| Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA | Prontuário: 103331 |
| Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA | Pai: ANTONIO PEREIRA LIMA |
| End. Resid.: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 | |
| Nascimento: 23/05/1991 | Idade: 27a7m30d |
| Sexo: Masculino | Fone: 86-98819-3797 |
| Responsável: ANA MARCIA | CNS: 700606990556867 |
| Profissão: ARTESAO | CPF: 050.256.503-33 * RG: 3042807 - SSP-PI |
| G. Instrução: Médio Completo | E. Civil: Concupinato |
| End. Local: - - - | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | |
|---|---------------------------|------------------------------|
| Código: 704020 | Data: 22/01/2019 09:17:27 | Condução: AMBULANCIA DO SAMU |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | Convênio: S U S | |
| Acid. Trab.: Não | Trajetória?: Não | Tipico: Não |
| | | CID Secundário: v299 |

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão moto - carro)
 Refere-se dor intensa em punho D.
 A - Vas. aórtica perfurada
 B - MVD e PA
 C - estômago hemodinamicamente
 D - ECG ES, hemias invasivas fotorregentes
 E - Exoneração em pulso direito

| | | | |
|----------------|--------------|---------------|-------------------|
| SA: _____ mmHg | Pulso: _____ | FC: _____ bpm | Temp: 15 MAI 2019 |
|----------------|--------------|---------------|-------------------|

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Soluto TC de Crânio e PA de Punho D.

RAIO-X REALIZADO

DATA 22/01/2019

Técnico: *Carolina*

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 22/01/2019 10:16: -

(CAMILA NORBERTA)

DADOS DO PACIENTE:

| | | |
|--|------------------------|---|
| Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA | | Prontuário: 103331 |
| Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA | | Pai: ANTONIO PEREIRA LIMA |
| End. Resid.: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-310 | | |
| Nascimento: 23/05/1991 | Idade: 27a7m3cd | Sexo: Masculino Fone: 86-98819-2757 |
| Responsável: ANA MARCIA | | CNS: 730606990566867 |
| Profissão: ARTESAO | | Documento: CPF: 050.266.503-33 |
| G. Instrução: Médio Completo | | E. Civil: Concubinato |
| nd. Local: - - - | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|
| Código: 704020 | Data: 22/01/2019 09:17:27 | Clas. Cor: Indefinido |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC | | Convênio: S U S |

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

| | |
|---|---------------------------------|
| Data/Hora Solicitação: __/__/____ | ESPECIALISTA: <i>Nea</i> |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Acidente de trânsito vítima de motocicleta</i> | |
| Carimbo/Assinatura Solicitante: <i>Nea</i> | |
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ | |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: <i>[Assinatura]</i> | |

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

| | |
|---|---------------------------------|
| Data/Hora Solicitação: __/__/____ | ESPECIALISTA: <i>Nea</i> |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Acidente de trânsito vítima de motocicleta</i> | |
| Carimbo/Assinatura Solicitante: <i>Nea</i> | |
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ | |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: <i>[Assinatura]</i> | |

Nea
Patricia Viana Sales Leão
Márcia - 02 7499
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-700 CNEJ: 05.522.917/0022-U2

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 26628 - Em: (22/01/2019)

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------------|------------|-----------------------|-------------|---------|----------------------------|
| Atendimento | Prontuário: | Paciente: | Dt. Nasc. | Clínica: | Enfermaria: | Leito: | Médico Assistente: |
| 704020 | 103331 | ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA | 27/05/1991 | SALA DE ESTABILIZAÇÃO | | | FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA |
| Evolução: | | Diagnóstico/Comorbidades: | | | | | |
| Hora: | | Alergias: | | | | | |
| Seq. | Descrição-Apresentação/Observação: | Dose: | Unid. | Via: | Int. | Recone: | Dil.Vol.: |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: | | | | | | | |
| Dia | | | | | | | |
| 1 | CLOROATO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO | 1,00 | Frasco | EV | 24/24h | | |
| 2 | DIPYROMA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. | 1,50 | Ampola | EV | 6/6h | | |
| 3 | TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL, INJ. | 1,00 | Ampola | EV | 12/12h | | |

Observações Gerais: CULTIVOS URRINÁIS E SINAIS VITAIS

Dr. Arthur Soares
Car 3290





No. da Autorização de Internação Hospitalar (A.H.)

231671

Wando 171354

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|--|---------|----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: | 2-CNES | Código da Interação: |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 5828856 | |
| 3-Nome do estabelecimento executor: | 4-CNES | |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 5828856 | 231671 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| 5-Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA | | | 6 - Prontuário: 10333 | | |
| 7-CX3: | 700606990568867 | 8-Nascimento: 23/05/1991 | 9-Sexo: Masculino | CPF: 050.266.503-33 | |
| 11-Mãe: | ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA | | | 12-Fone: 86-98819-2797 | |
| 13-Resp: | ANA MARCIA | | | 14-Cor: Sem Informação | |
| 15-Ende: | POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - CEP: 64000-010 | | | | |
| 16-Munic: | TERESINA | 17-Cod.IBGE: 221100 | 18-UF: PI | 19-CEP: 64000-010 | |

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

maioria das deficiências e impropriedades funcionais em geral

21 - Condições que justificam a internação:

TTO cirúrgico

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

na

23- Diagnóstico Inicial:

altura da diáfise do fêmur

Print: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.

S723

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

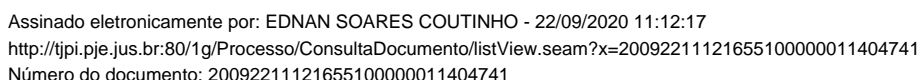
| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 28-Cod.Proced.: 0408050519 | | 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR | | Tempo SU | |
| 29-Clinica: | | 30-Caráter: Ident.: 02 01 | | 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 217.817.218-07 | |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA | | 34-Data Solicitação: 25/01/2019 | | 35-Ass. Carimbo Med. Sup. 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: | 180119 |
| 48 - Documento: | 49 - Num. Documento: | | Marcondes Martins S. Moura Médico Auxiliar - FMS - Teresina 51600004-1009 - (Rg. Conselho) |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: | | | Usuário: KARLA BATISTA Consulta Local: 704000 Consulta SUS: Impressão: 25/01/2019 16:58:50 |



| | |
|--|--|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | Nº LAUDO: 171354 AIH: 2219100062190 |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO | |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | |
|--|-----------------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU? | CNES 5928856 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU? | CNES 5928856 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|-----------------------------|
| CARTÃO SUS 750610940344867 | NOME DO PACIENTE ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA | NASCIMENTO 23/05/1991 | SEXO M | PRONTUÁRIO 103331 |
| DOCUMENTO CPF 2.042.807.559-21 | TELEFONE 86981922553 | NOME DA MÃE ORISMAR CARLOS DO SANTOS OLIVEIRA | RESPONSÁVEL ANA MARCIA | |
| CEP 64022990 | ENDEREÇO - LOGRADOURO BR 316 KM 23 | | | NUMERO / LOTE 501 |
| BAIRRO CASA PADINHA SUL | COMPLEMENTO ZONA RURAL | MUNICÍPIO TERESINA | UF PI | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| |
|---|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS POLITRAUMATIZADO, COM LUXAÇÃO DO OSSO SEMILUNAR |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRÚRGICO |

| |
|---|
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EXAMES CLÍNICOS - RAIO X |
|---|

| |
|-----------------------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES |
|-----------------------------------|

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | |
|---|---|
| COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 04030519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FEMUR | |
| LEITO/CLÍNICA ORTOP/DIATRATUMATOLOGIA | PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA CPF: 217817218-9 CRM: |
| CARÁTER URGENCIA | DATA SOLICITAÇÃO 25/01/2019 |
| DATA ADMISSÃO 24/01/2019 15:57 | DATA ALTA 27/01/2019 09:30 |
| MOTIVO ALTA MELHORADO | |

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

| | |
|---|---|
| JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO | |
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) NIVALDO CES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 074540053 CRM: | NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROL E AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 25/01/2019 16:33:30 CPF: 217817218-9 DATA ANALISE: |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: | |

PJ CORRETORA DE SEGUROS
15 MAI 2019
DPVAT

Patricia Virna Sales
Matricula: 027498
SAME - HU
CONFERE COM O ORIGINAL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25 / 01 / 19

| | |
|--|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <i>André Cícero dos Santos</i> | PRONTUÁRIO Nº: <i>103331</i> |
| DIAGNÓSTICO: | CIRURGIA: |
| ANESTESIA: <i>loque</i> | Nº DA SALA: <i>08</i> |
| CIRURGIÃO: <i>Dr. Fernando</i> | CPF Nº: |
| AUXILIAR: | CPF Nº: |
| ANESTESIA: <i>Dr. Adriano</i> | CPF Nº: |
| INSTRUMENTADORA: <i>Amarelyzalis</i> | CPF Nº: |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|------------|------------|-------|-------------------------------|------------|------------|-------|
| AGULHA 25X8 | UNID. | | | LÂMINA DE BISTURI <i>24</i> | UNID. | <i>01</i> | |
| AGULHA 30X8 | UNID. | <i>02</i> | | LUVA Nº <i>7-0</i> | PAR | <i>02</i> | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | <i>02</i> | | LUVA Nº <i>7-5 / 8-0</i> | PAR | <i>04</i> | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | <i>01</i> | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | <i>10</i> | |
| ALCOOL 70% | ML | <i>100</i> | | PVPI DE GERMANTE | ML | <i>100</i> | |
| ALGODÃO | BOLA | <i>05</i> | | PVPI TÓPICO | ML | <i>100</i> | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | | | PVPI TINTURA | ML | | |
| OMPRESSA | PAC. | <i>06</i> | | SERINGA 20CC | UNID. | | |
| EQUIPO MACRO- GOTA | UNID. | <i>01</i> | | SERINGA 10CC | UNID. | <i>02</i> | |
| ESPARADRAPO | CM | <i>300</i> | | SERINGA 5CC | UNID. | <i>02</i> | |
| ESCALPE Nº | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO <i>500</i> | FRASCO | <i>06</i> | |
| GASES | PAC. | <i>06</i> | | SONDA URETRAL | UNID. | | |
| JELCO Nº | UNID. | | | <i>eletrodo</i> | unl | <i>05</i> | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG | | | | <i>cateter</i> | <i>unl</i> | <i>03</i> | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | <i>co coira</i> | <i>unl</i> | <i>03</i> | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG | | | | <i>Dr. Cícero</i> | <i>unl</i> | <i>04</i> | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG | | | | <i>Patricia Viana Sales</i> | | | |
| ALCOFIL | | | | <i>Matricula: 071499</i> | | | |
| MONONYLON <i>2-0</i> | <i>unl</i> | <i>03</i> | | <i>SAME - HUT</i> | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i> | | | |
| VICRYL <i>3-0</i> | <i>unl</i> | <i>02</i> | | ENFERMARIA: <i>Alenya</i> | | | |
| | | | | CIRCULANTE: <i>existente</i> | | | |



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:12:17

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221121655100000011404741>

Número do documento: 2009221121655100000011404741



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

| | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Nome do Paciente <i>André Cicero dos Santos</i> | | |
| Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura diaf. de Fêmur</i> | | |
| Operação - Tipo <i>R.A.F.I.</i> | | |
| Cirurgião <i>Fernando Costa</i> | | 1º Assistente |
| 2º Assistente | | 3º Assistente |
| Instrumentador(a) <i>Ana Gonçalves</i> | Anestesista <i>Adriano</i> | Anestesia <i>Rogério</i> |
| Anestésico(a) | | |
| Data da Operação | Início | Fim |
| Diagnóstico Pós-operatório | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | |
| Acidente Durante a Operação | | |
| <div style="text-align: right;"></div> | | |
| DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) | | |
| <i>1) Tire odo sob naquianestesia</i> | | |
| <i>2) Trepo habitual</i> | | |
| <i>3) Via lateral + dissecção</i> | | |
| <i>4) Redução</i> | | |
| <i>5) Fixação com placa + parafusos</i> | | |
| <i>6) Lavagem w SF-0,9%</i> | | |
| <i>7) Sutura</i> | | |
| <i>8) Curativo</i> | | |

Mod. 76 HUT



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME André Lício dos Santos Lima IDADE _____ anos DATA 22 / 03 / 2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 15 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Femur CIRURGIÃO _____

| SINAIS VITAIS | HORÁRIO | |
|---------------------------------|------------------|-----------------|
| | ADMISSÃO | SAÍDA |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) | <u>139 x 57</u> | <u>130 x 59</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | <u>66</u> | <u>82</u> |
| SATURAÇÃO DE O ₂ (%) | <u>100%</u> | <u>100%</u> |
| TEMPERATURA AXILAR (°C) | <u>-</u> | <u>-</u> |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm) | <u>-</u> | <u>-</u> |
| NOME/ MATRÍCULA | <u>Anuniação</u> | |

| ÍNDICE DE ALDRETT-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 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"/> |
| CIRCULAÇÃO | PA em 20% do nível pré-anestésico | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| | PA em 20-49% do nível anestésico | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 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 lucido 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 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 suprimento 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>60</u> | | <u>80</u> |
| ESCALA DE DOR ALTA | | | Assinado por: <u>André Lício dos Santos Lima</u> CPF: <u>359.426</u> | | | |

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------|----------------|----------------------------|
| () SONDA VESICAL | () DRENO DE SUÇÃO | () 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:

À 15:50h - Andromido no SRPA, no POS de get, com
consciência e orientado, pupila, HV preso, etc.

Assinado por: André Lício dos Santos Lima
 CPF: 359.426



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:12:17

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200922112165510000011404741

Número do documento: 200922112165510000011404741



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 21/04/19

| | |
|---|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Anche Lício dos Santos</u> | PRONTUÁRIO Nº: _____ |
| DIAGNÓSTICO: _____ | CIRURGIA: _____ |
| ANESTESIA: <u>Brogueira</u> | Nº DA SALA: <u>02</u> |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u> | CPF Nº: _____ |
| AUXILIAR: _____ | CPF Nº: _____ |
| ANESTESISTA: <u>W. M. M. M.</u> | CPF Nº: _____ |
| INSTRUMENTADORA: <u>Ana Gláucia</u> | CPF Nº: _____ |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-----------------------|-------|--------|-------|--|-------|--------|-------|
| AGULHA 25x8 | UNID. | | | LÂMINA DE BISTURI 24 | UNID. | 01 | |
| AGULHA 30x8 | UNID. | | | LUVA Nº 4-0 | PAR | 02 | |
| AGULHA 40x12 | UNID. | 02 | | LUVA Nº 8-0/85 | PAR | 02 | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | 40 | |
| ÁLCOOL 70% | ML | 100 | | PVPI DE GERMANTE | ML | 1200 | |
| ALGODÃO | BOLA | 05 | | PVPI TÓPICO | ML | 1000 | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | | | PVPI TINTURA | ML | | |
| COMPRESSA | PAC. | 03 | | SERINGA 20CC | UNID. | 02 | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | 01 | | SERINGA 10CC | UNID. | 01 | |
| ESPARADRAPO | CM | 80 | | SERINGA 5CC | UNID. | | |
| ESCALPE Nº | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO 500 ML | UNID. | 02 | |
| GASES | PAC. | 06 | | SONDA URETRAL | UNID. | | |
| JELCO Nº | UNID. | | | | | | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA: Patricia Viana Sales Matricula: 021490 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL | | | |
| CAT.GUT.SIMPLES C/AG. | | | | | | | |
| CAT.GUT.SIMPLES S/AG. | | | | | | | |
| CAT.GUT.CROMADO C/AG. | | | | | | | |
| CAT.GUT.CROMADO S/AG. | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON | | | | ENFERMARIA: <u>Busiane Lima</u> | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | CIRCULANTE: <u>Busiane Lima</u> | | | |
| VICRYL | | | | | | | |
| PROLENE | | | | | | | |





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

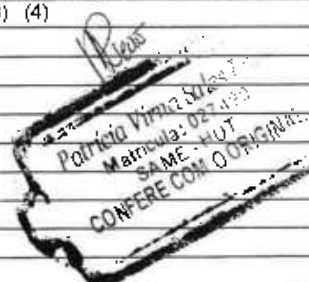
| | | |
|---|---------------------------|---|
| Nome: <u>André César dos Santos Lima</u> | Prontuário: <u>103331</u> | Data: <u>22/01/2019</u> |
| Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | Idade: <u>47 anos</u> | Peso: <u>60 kg</u> |
| Procedimento(s) proposto(s): <u>Tratamento cirúrgico para divertículo</u> | | Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

| | | |
|-------------------|---|-----------------------------|
| PA: <u>159/92</u> | Pulso: <u>68</u> <input type="checkbox"/> arritmico | Mallampati: (1) (2) (3) (4) |
| 1. Respiratório | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: | |
| 2. Cardiovascular | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: | |
| Neurológico | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: | |
| 4. Abdome | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: | |
| 5. Vias aéreas | <input type="checkbox"/> Possível VAD | |
| 6. Extremidades | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: | |



EXAMES COMPLEMENTARES

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

| | |
|----------------|--|
| ASA: <u>P1</u> | Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Blockio supraclavicular @ + oxido @ + sedação</u> |
|----------------|--|


OBSERVAÇÃO DE CRPA:

| | |
|--|------------------|
| Anestesiologista: <u>Diego Nunes de Oliveira</u> | CRM: <u>4926</u> |
|--|------------------|

Dr. Diego Nunes de Oliveira
Médico Anestesiologista
CRM: 4926

MOD-122



| | | | |
|---|-------------------------|--|-------------------------|
|  FICHA DE ANESTESIA | | FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA | |
| Nome: <u>André César dos Santos Lima</u> | Sala: <u>02</u> | Alergia: <u>Não</u> | Data: <u>22/01/2019</u> |
| Procedimento: <u>Trocanto de cateterismo para</u> <u>curiosidade sumária</u> | Cirurgião: <u>Artur</u> | Observações: <u>jejum completo (24h)</u> <u>Não fumos</u> | |

| Agentes | Unid | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|-------------------------|-------|-------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1. Repetição 95% | mg | 0.90 | | | | | | | | | | | |
| 2. Indução 1.5 com chan | mg | 0.240 | | | | | | | | | | | |
| 3. Cetoprina | g | 0.2 | | | | | | | | | | | |
| 4. Propofol | mg | 0.50 | | | | | | | | | | | |
| 5. Dexametasona | mg | 0.8 | | | | | | | | | | | |
| 6. Bupivacaína | mg | 0.10 | | | | | | | | | | | |
| 7. Midazolam | mg | 0.25 | 0.25 | | | | | | | | | | |
| 8. Fentanyl | mg | 0.50 | 0.50 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| gênio | Artur | 02 | 02 | 02 | 02 | | | | | | | | |
| AR/N2O | | | | | | | | | | | | | |
| Volatil | % | | | | | | | | | | | | |

Acesso Vascular

- ☒ Periférico na 2ª (pulso, do
Cat. Venoso nº G PI)
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gastos caseiros
- ☐ Central 02

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IDT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardiografia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☐ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☒ Bloqueio Periférico (Gomco 2x)
- ☒ Outros Endoneu

Decúbito: DDA

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SPO2 (%) | 95 | 98 | 98 | 98 | | | | | | | | | |
| ETCO2 (mmHg) | | | | | | | | | | | | | |
| Aces. Venoso <u>(2x)</u> | 100 | 100 | 100 | 100 | | | | | | | | | |
| Aces. Venoso | | | | | | | | | | | | | |
| Diurese | | | | | | | | | | | | | |
| Perdas Sanguíneas | | | | | | | | | | | | | |

Descrição da Anestesia: PAI em DDA, monitorizado; Redução da bloqueio supracotovelar @ + sedar @
y técnicas oxímetro e pulso por VS, a 1 intex. Mantido y cateter nasal O2 (2l/min.).

Dr. Diego Nunes de Oliveira
ANESTESIOLOGISTA





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

| | | |
|---|------------------------------|---------------------------|
| Nome do Paciente <i>André Cicero dos Santos</i> | | |
| Diagnóstico pré-operatório <i>FAD. Uterina Semicoma</i> | | |
| Operação - Tipo <i>RESECT + FALCIS</i> | | |
| Cirurgião <i>W. Arthur</i> | 1º Assistente | |
| 2º Assistente | 3º Assistente | |
| Instrumentador(a) <i>Pro. Gleydes</i> | Anestesista <i>Dr. Diego</i> | Anestesia <i>Bloqueio</i> |
| 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)

*Asboma f. Círculo no M.D.
Resect (M.M. e Uterina) e Semicoma
FALCIS. O Fio K permeável
curva f. f. f.*

*Dr. Arthur Soares
Cm 3200*

Mod. 76 HUT





231463

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

170580

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|---|--------------------------|--|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 2-CNES 5828856 | Código da Internação: 231463 |
| 3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 4-CNES 5828856 | |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | |
|---|---------------------------------|
| 5-Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA | 6 - Prontuário: 103331 |
| 7-CNS: 700606990566867 | 8-Nascimento: 23/05/1991 |
| 9-Sexo: Masculino | CPF: 030.266.503-33 |
| 11-Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA | 12-Fone: 86-98819-2797 |
| 13-Resp: ANA MARCIA | 14-Cor: Sem Informação |
| 15-End: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - CEP: 64000-010 | |
| 16-Munic: TERESINA | 17-Cod. IBGE: 221100 |
| | 18-UF: PI |
| | 19-CEP: 64000-010 |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| |
|--|
| 10 - Principais sinais e sintomas clínicos: Politraumatizado, com luxação do osso semilunar |
| 21 - Condições que justificam a internação: Cirurgia |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): Radiografia e ex. físico |
| 23-Diagnóstico Inicial: Ruptura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo |
| 24-CID Prim: 5633 |
| 25-CID Sec: |
| 26-CID Terc: |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | |
|---|--|--|
| 27-Cod.Proced.: 0408020520 | 27-Descrição do Procedimento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO | Tempo SUS: 2 |
| 29-Clinica: 02 | 30-Caráter: 01 | 31-CPF: 643.843.143-53 |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA | 34-Data Solicitação: 22/01/2019 | 35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM): 32.00 |

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-CNPJ Empresa: | 44-CEOR: |
| 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-Data Autorização: |
| 46-Documento: | 49-Num. Documento: | 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): |
| () CNS | () CPF | |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: | | |
| | | Usado: ARTHUR SAMPAIO |
| | | Consulta Local: 204920 |
| | | Consulta SUS: |
| | | Impressão: 22/01/2019 15:33:49 |

Ana Marcia



| | |
|--|--|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | Nº LAUDO: 170580 AIH: 2219100054358 |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO | |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | |
|--|-----------------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES 3827856 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES 3827856 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|-----------------------------|----------------------------------|
| CARTÃO SUS 7026099056867 | NOME DO PACIENTE ANDRE C CEREZ DOS SANTOS LIMA | NASCIMENTO 23/05/94 | SEXO M | PRONTUÁRIO 103230 |
| DOCUMENTO CPF 3142807552-PI | TELEFONE 866192353 | NOME DA MÃE ORISMAR CARLOS DO SANTOS DULCEIRA | | RESPONSÁVEL ANA MARCIA |
| CEP 64022000 | ENDEREÇO - LOGRADOURO BR 219 KM 27 | | NÚMERO / LOTE S/N | |
| BAIRRO CHAPADINHA SUL | COMPLEMENTO ZONA RURAL | MUNICÍPIO TERESINA | UF PI | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PULITRAUMATIZADO COM LUXAÇÃO DO OSSO SEMILUNAR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES CLÍNICOS - RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S633 - RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO | CID 10 SECUNDÁRIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|--|--------------------------|---------------------------------|

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

040R20520 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO OSSO DO CARPO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

ARTUR SAMPAIO NOGUEIRA DE SOUSA
CPE: 6438431-333

CRM

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

22/01/2019

DATA ADMISSÃO

22/01/2019 15:53

DATA ALTA

25/01/2019 15:57

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

JOSE DE GRAMMAR SANTOS FILHO

CPF: 332844530

CRM

DATA ANÁLISE: 23/01/2019 15:53

NOME DO PROFISSIONAL (RECEBER CONTROLE AVALIAÇÃO)

AUDITORIA

Patricia Viana Sales

Matrícula: 02

SAME - HUT

CONFERE COM O ORIGINAL

CPF

CRM


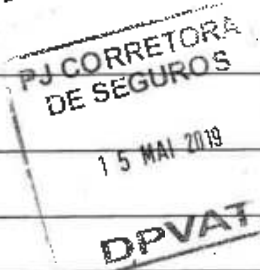

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

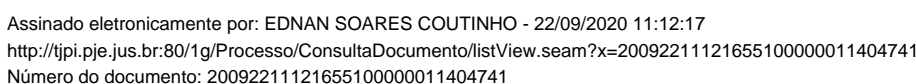




RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

| | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|-----|
| Nome do Paciente Anoche Cícero dos Santos | | | |
| Diagnóstico pré-operatório EST. UTERO SENCENNA | | | |
| Operação - Tipo DELEÇÃO + FALCÃO | | | |
| Cirurgião W. Arthur | | 1º Assistente | |
| 2º Assistente | | 3º Assistente | |
| Instrumentador(a) Ans. Glaydes | Anestesiista Dr. Diego | Anestesia Bloqueio | |
| Anestésico(a) | | | |
| Data da Operação | | Inicio | Fim |
| Diagnóstico Pós-operatório | | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | | |
| Acidente Durante a Operação | | | |
| <div style="text-align: right;">   </div> | | | |
| <p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>ASBOM F. CURET NO M.D. REVIS. INFUNDIDA E CURET O S.E. M.T. M. FILAZ. O FIO K PERCUTIDO CURADO TRAT.</p> <p style="text-align: right;">  Dr. Arthur Siqueira Cm 3200 </p> | | | |

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 21/04/19

| | |
|---|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Anche Lício dos Santos</u> | PRONTUÁRIO Nº: _____ |
| DIAGNÓSTICO: _____ | CIRURGIA: _____ |
| ANESTESIA: <u>Brogem</u> | Nº DA SALA: <u>02</u> |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u> | CPF Nº: _____ |
| AUXILIAR: _____ | CPF Nº: _____ |
| ANESTESISTA: <u>Dr. Diego</u> | CPF Nº: _____ |
| INSTRUMENTADORA: <u>Ana Glóndes</u> | CPF Nº: _____ |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-----------------------|-------|--------|-------|---------------------------------|-------|--------|-------|
| AGULHA 25x8 | UNID. | | | LÂMINA DE BISTURI 24 | UNID. | 01 | |
| AGULHA 30x8 | UNID. | | | LUVA Nº 7-0 | PAR | 02 | |
| AGULHA 40x12 | UNID. | 02 | | LUVA Nº 8-0/85 | PAR | 02 | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | 10 | |
| ÁLCOOL 70% | ML | 100 | | PVPI DE GERMANTE | ML | 100 | |
| ALGODÃO | BOLA | 05 | | PVPI TÓPICO | ML | 100 | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | | | PVPI TINTURA | ML | | |
| COMPRESSA | PAC. | 03 | | SERINGA 20CC | UNID. | 02 | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | 01 | | SERINGA 10CC | UNID. | 01 | |
| ESPARADRAPO | CM | 80 | | SERINGA 5CC | UNID. | | |
| ESCALPE Nº | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO 500 ML | UNID. | 02 | |
| GASES | PAC. | 06 | | SONDA URETRAL | UNID. | | |
| JELCO Nº | UNID. | | | | | | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA: | | | |
| 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: <u>Busiane Lima</u> | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: <u>Busiane Lima</u> | | | |
| PROLENE | | | | | | | |

DPVAT
CORRETORA
DE SEGUROS
Patricia Viana Sá
Matriculada 02-15
SAME 1101
CONFERE COMO 02-15
15 MAI 2019





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: André Cássio dos Santos Lima Sala: 02 Alergia: Não Data: 22/04/2019
Procedimento: Trocarostomia cirúrgica para Cirurgião: Arthur Observações: jejum completo (36h)
lúpus eritematoso

| Agentes | Unid | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|-------------------------|-------|-------|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1. Propofol 2% | mg | • 90 | | | | | | | | | | | |
| 2. Lidocaina 1% com epi | mg | • 200 | | | | | | | | | | | |
| 3. Cetorolaco | mg | • 2 | | | | | | | | | | | |
| 4. Paracetamol | mg | • 50 | | | | | | | | | | | |
| 5. Dexametasona | mg | • 8 | | | | | | | | | | | |
| 6. Bupivacaína | mg | • 10 | | | | | | | | | | | |
| 7. Midazolam | mg | • 2,5 | • 2,5 | | | | | | | | | | |
| 8. Fentanyl | µg | • 50 | • 50 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| Oxigênio | l/min | 02 | 02 | 02 | 02 | | | | | | | | |
| AR/N2O | | | | | | | | | | | | | |
| Volatil | % | | | | | | | | | | | | |

Acesso Vascular

- ☒ Periférico nao de punção de
Cat. Venoso nº 6 (P)
☐ Dificuldade acesso venoso
Gastos cateteres
☐ Central nao

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IDT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PAM
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raquianestesia
☐ Peridural
☒ Bloqueio Periférico Cephaloroxima
☒ Outros Exato

Decúbito: DDH

| | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|
| SpO2 (%) | 95 | 98 | 98 | 98 |
| ETCO2 (mmHg) | | | | |
| Aces. Venoso | 150 | 150 | 150 | 150 |
| Aces. Venoso | | | | |
| Diurese | | | | |
| Perdas Sanguíneas | | | | |

Descrição da Anestesia: 1. Pê na O2H, monitorizada; Realização de bloqueio supraclavicular @ + axila @
y técnica anéstea - punção por US, a 1.ª injeção. Mantido o cateter nasal O2 (2l/min).

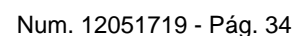
Dr. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM 1926





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Patricia Virna Sales
Matrícula: 327490
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 35 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
 Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 704020
 Requisição: 913649 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 Controle: 1139981 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 22/01/2019

PUNHO DIREITO

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

- Luxação no carpo.
- Aumento de volume de partes moles.

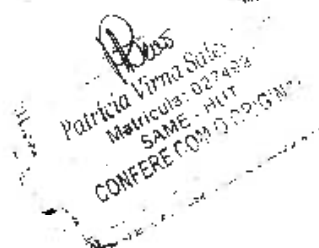
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

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: 36 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 704020
Requisição: 913649 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1139982 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 22/01/2019

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 do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

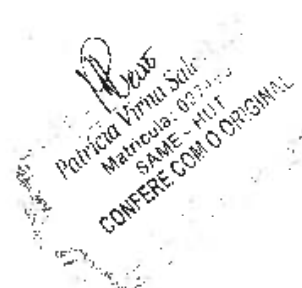
(JCAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:12:17

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211121655100000011404741>

Número do documento: 20092211121655100000011404741



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
Endereço: **POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 704020
Requisição: 913675 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: 1141529 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 22/01/2019

PUNHO DIREITO

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

- Luxação recente no carpo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Patricia Viana Sales
Matrícula: 0213-33
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 CEPX: 35.521.917/0012-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a10m11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 231871
Requisição: 914775 Solicitação: 25/01/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1141952 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P-1 ENFERMARIA 229 LEITO 215

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 25/01/2019

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 femoral fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

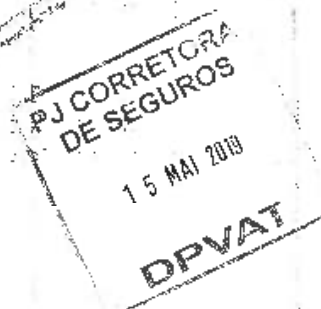
(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/04/2019

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 - Redação - Fone: 06 3218 3445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.592.817/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a10m0d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 231463
Requisição: 913785 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
Controle: 1140160 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 219

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 22/01/2019

PUNHO DIREITO

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

- Luxação recente radio.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.473-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
 Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 704020
 Requisição: 913675 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1141529 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 22/01/2019

PUNHO DIREITO

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

- Luxação recente no carpo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

1224776

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.042.807 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/18

NOME ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA

FILIAÇÃO ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA
ANTONIO PEREIRA LIMA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 23/05/1991

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 225371 L 275 F 10

EXP. TERESINA-PI 04/10/99

CPF 050.266.503-33

1224776

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Policial Classe Superior

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63 - DECRETO Nº 89.250/63





PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

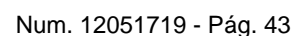
DPVAT

| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|---|--|
| REGISTRO GERAL | 684.903 |
| DATA DE EXPEDIÇÃO | 16/09/15 |
| NOME | MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL |
| FILIAÇÃO | MARIA ALICE RIBEIRO PAZ ANDRÉ DE PAIVA BRASIL |
| NATURALIDADE | BENEDITINOS-PI |
| DATA DE NASCIMENTO | 18/10/1962 |
| DOC. ORDEM | CERT. CASAM. 1727 L 2 F 064 |
| CPF | EXP AGRICOLÂNDIA-PI 10/03/14 |
| TERRENO | 705.927.213-53 |
| ASSINATURA DO DIRETOR | |
| LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83 | |



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
15 MAI 2019
PVAT

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | MINISTERIO DAS CIDADES | |
|--------------------------------|--|------------------------|--|
| DENATRAN | | DENATRAN | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/2529/211 | |
| 1537 | | 1537 | |
| 0061-1 | | 0061-1 | |
| 1 | | 1 | |
| 0019/2529/211 | | 0019/25 | |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190485017 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEMILUNAR À DIREITA.
FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÊMUR - PLACA E PARAFUSO; FRATURA SEMILUNAR DE FIO DE K.
ALTA MÉDICA. P.09/14/17/20/24

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO E DE 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 MODERADA DE PUNHO DIREITO E
LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 30 % | R\$ 4.050,00 |



PROCURAÇÃO PARTICULAR

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------------|--|
| OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT) | | | | | |
| Nome: ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA | | | | | |
| Nacionalidade: BRASILEIRO | | Estado Civil: | | Profissão: | |
| RG: 042.807 | Org. Emissor: SP-PI | D. Expedição: 05/18 | CPF: 05026650333 | | |
| Endereço: BR 346, Km-23 | | | Nº: S/N | Bairro: Chopodinho | |
| Cidade: TERESINA | | | Estado: PI | Cep: 64.600-000 | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------|--|
| OUTORGADO: (Dados do Procurador) | | | | | |
| NOME: MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL | | | | | |
| Nacionalidade: Brasileira | | ESTADO CIVIL: CASADA | | Profissão: PROFESSORA | |
| RG: 684.903 | Org. Emissor: SSP-PI | D. Expedição: 16/09/2015 | CPF: 705.927.213-53 | | |
| Endereço: RUA BOA VISTA | | | Nº: 497 | Bairro: CEDRO | |
| Cidade: MONSENHOR GIL | | | Estado: PI | Cep: 64.450-000 | |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO-DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIO JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTANCAR E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDADOS; AFIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT** REFERENTE À:

VÍTIMA: **ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA**
 CPF: **050.266.50333** DATA DO ACIDENTE: **22/04/2019**

Cobertura solicitada: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

Local/Data: **TERESINA (PI): 25/04/19**



CARTÓRIO DE PROTESTO DE TÍTULOS
 Rua Barroso, 91/Sul - Centro
 Teresina-Piauí - (86) 3221-6865
 Maria Tereza Silva Feltoso

CARTÓRIO DE PROTESTO DE TÍTULOS
 Maria de Amparo Portela Leal de Araújo - Titular
 Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6865
 RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: **ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA** DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 TERESINA-PI, 25/04/2019. Encl.: 13,85 N.º: 77 FIMP: 0,10
 Selo: 0,26 Total: 4,48 Selo: ANP. 62546 (F010F193)
CAMILA BEZERRA DE SOUZA MARTINS - ESCRIVENTE AUTORIZADA

CARTÓRIO DE PROTESTO DE TÍTULOS
 Camila Bezerra de Souza Martins
 Selo de Autenticidade e Autenticidade
 Selo de Autenticidade e Autenticidade
 Selo de Autenticidade e Autenticidade
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
ANP 62546



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0282813/19

Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

CPF: 050.266.503-33

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL : 705.927.213-53

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

ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA : 050.266.503-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2019
Nome: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL
CPF: 705.927.213-53

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

