



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
12051 719	22/09/2020 11:12	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:12:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211121655100000011404741>
Número do documento: 20092211121655100000011404741

Num. 12051719 - Pág. 1

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 FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÉMUR - 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 ANALISE 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, contados 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



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. 3

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do anistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
06/899/19	05026650333	André Cicero dos Santos Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR INSP. N° 445/2012		
Nome completo:	CNPJ	
Profissão:	Endereço:	Número:
Artesão	BR 306, KM - 23	50
Bairro:	Cidade:	Estado:
Chapadinha	Timor	PI
E-mail:	CEP:	
	04.000-006	
	Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 989

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 90213

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 assinei uma das opções:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 devidos, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Local e Data:
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

PROCURADOR DE SEGUROS

15 MAI 2014

Assinatura

DPVAT

2º | Nome: _____

CPF: _____

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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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. 5



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. 6



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 N°: 100203.001132/2019-35

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Esp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	22/01/2019 - 08:00
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
TERESINA	CHAPADINHA
Endereço	
ESTRADA DE CHÃO, N°:	
Complemento	Ponto de Referência
	COLÉGIO MANOEL NOGUEIRA LIMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA (27 ANOS)	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 3042807 SSP PI	
Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS LIMA	
Endereço: BR 316 KM 23 CHAPADINHA SUL, N°	
Bairro: POVOADO	
Cidade: TERESINA	

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 GIFE DO RALLY PIÓCERÁ, 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.

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

André Cícero dos Santos Lima
ANDRÉ CÍCERO DOS SANTOS LIMA (27 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do anistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
06/899/19	05026650333	ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR INSP. N° 445/2012		CNPJ:
Nome completo:	Endereço:	Número:
Profissão:	Bairro:	Complemento:
AP. 330	306, KM - 23	CEP:
E-mail:	Cidade:	Estado:
		SP
		CEP:
		01.000-006
		Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 989

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 90213

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 assinei uma das opções:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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/comprometeu(a): Sim Não Se a vítima deixou/comprometeu(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 devidos, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Local e Data:
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

15 MAI 2014

Assinatura

DPVAT

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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. 8





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3177	02 Data do chamado 22/01/2019	03 PRO (código) 2896	04 Saída do PA 08:10	05 Chegada ao local 08:15
Local da Ocorrência	06 Saída do local 08:44	07 Chegada ao 1º hospital 09:10	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço chapadinha - SC	11 Bairro	12 Município-UF TJ - PR	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
	14 Nome André da Silva dos Santos Júnior	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado			
	16 Idade 37	17 Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 1- Acidente de transporte 2- Agressão física-espancamento 3- Agressão física-FAF 4- Agressão física-FAB 5- Urgência psiquiátrica	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 7- Ignorado	20 Mão de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 7- Ignorado	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 8- Ignorado	22 Equipamentos de segurança capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança
Acidente de Transporte	23 Glasgow = <input type="text"/>	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <input type="text"/> Resp. <input type="text"/> TAX. <input type="text"/> Sat2 <input type="text"/>	25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 Sem Dor	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante transporte <input type="checkbox"/>	PJ CORRETORA DE SEGUROS 15/01/2019 Não Removido DR. VAT
Hospital de Destino	Fetei a fumaça de sofá, mostrei esse fogo na janela para a polícia, apertei dor intensa no meu movimento				
Observações Interdisciplinar	CONFERE COM O ORIGINAL Murilo Velloso Centenário Técnico Administrativo SAMU				
	Socorristas Médico AE/TE			Enfermeiro Condutor	
	Responsável pela recepção				

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)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 82 | 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 050.766.503-33

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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RD 316, Km - 23,</u>
Número	<u>31/1</u>
Apto/Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Chapadinha</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</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
CNPJ 06.841.748/0001-10 | Nsc. Estadual: 19-XI-383-8
Tel: 0800-712611 | Carta de Energia Elétrica - Série 3-1
Regime especial da impressão autorizada pelo SEM2/DENV

Para orientá-lo
sobre o seu
consumo, entre
no site
www.cepisa.com.br
e use o
seu número
de CPF.

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal

6. Início Social da Energia Elétrica - 11/06/2019
pela lei nº 10.438 do 26 de abril de 2002.

TOTAL A PAGAR (R\$)

126,20

FEVEREIRO/2019 13/02/2019

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

CEP: 65.300-000 - TERESINA

Atual:	1418	Atual:	06/02/2019
Anterior:	1291	Anterior:	07/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	08/03/2019
Consumo Médio:	127	Erros:	05/02/2019
Consumo Featurado:	127	Apresentação:	06/02/2019
Forma de Faturamento:	127 de irregular ECAN	Grau de Consumo:	06/02/2019

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste Código Faz. Média 12 meses

MOND. 02005618 INSCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1.1 162			
Consumo	127 A R\$ 0,889544 =	112,97	
JAN/19	128	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COGEP)	9,50
DEZ/18	157	MULTA POR ATRASO 12/18-00	2,80
NOV/18	204	JUROS POR ATRASO 12/18-00	0,93
OUT/18	713		
SET/18	180		
AGO/18	166		
JUL/18	140		
JUN/18	93		
MAT/18	161		
ABR/18	180		
TOTAL EM TRIBUTOS:			
R\$ 127 - 0,62668			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano Valor R\$
01/2019 126,51

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
energia elétrica a partir de 21/02/2019, se não pagamento
devera regularizar a fatura e, inclusive, do nome do consumidor, no
SUSPEN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar
este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
E9BE.13CB.78AF.1C72 A7B8.0A97.9989.6BCE		Base de cálculo	
Distribuição:		Alíquota ICMS:	112,97
Energia:	22,87	Valor do ICMS:	22,00%
Transmissão:	44,16	Valor do PIS:	24,85
Energia:	7,47	Valor do COFINS:	1,50
Impostos:	4,73		
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Límite	33,76	PER	0,00
Residual		DMIC	0,00
Capacidade		DPVAT	0,00
	5,00 10,15 20,30 3,43 6,45 12,72 25,86 27,65		

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

(86) 9.9404-4764
(86) 9.8867-8944
(86) 9.9999-0147
(86) 9.9857-3724
(86) 9.9926-9097





Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS.DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ
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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT



Eletrobras

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO
PIAUI**

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: 4020-1396 / 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILLICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Maria de Fátima de Paiva Brasil

inscrito (a) no CPF/CNPJ 705.927.213.53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

André Cícero dos Santos Lima inscrito (a) no CPF sob o N050.266.503.33

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

André Cícero dos Santos Lima

inscrito (a) no CPF sob o N050.266.503.33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaro informar

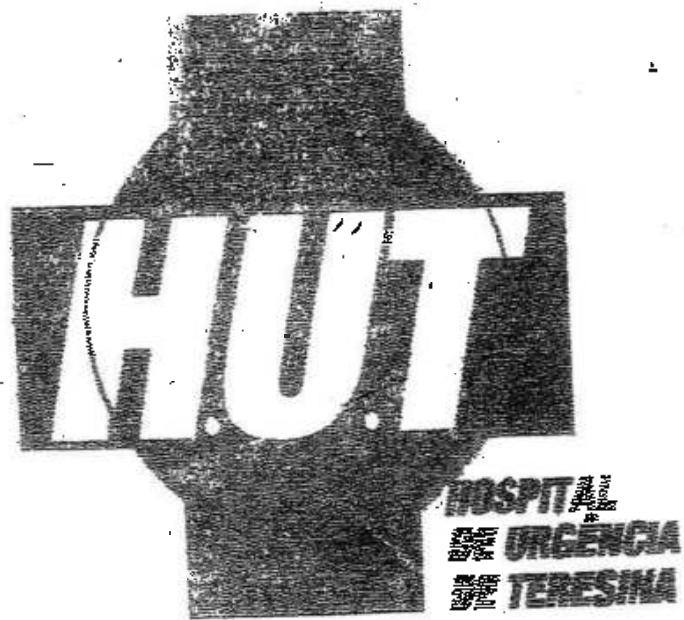
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Enderço:	<i>Rua Boa Vista</i>	Número:	<i>497</i>	Complemento:			
Bairro:	<i>Centro</i>	Cidade:	<i>Salvador</i>	Estado:	<i>BA</i>	CEP:	<i>40.450-000</i>
E-mail:				Tel.(DDD):			

Local e Data: *TERESÍPOLIS*, 09/05/2019.

Maria de Fátima de Paiva Brasil
Assinatura do Declarante





NOME DO PACIENTE: André Célio dos Santos Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 103 381



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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção Fone: 86 3218 5400
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.622.310/0002-82

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.: POU CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 23/05/1991	Idade: 27 anos	Sexo: Masculino Fone: 86-98819-3797
Responsável: ANA MARCIA		CNS: 700606990556867
Profissão: ARTESAO		CPF: 050.266.503-33 RG: 3042807 - SSP-PI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Comunhamento
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 704020	Data: 22/01/2019 09:17:27	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SJS
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão Moto - carro)

Refundido dor intensa em punho D.

A = Vizinhos pulmão

B = MVD x PA

C = Estável hemodinamicamente

D = ECG eG, náuseas intensas, fotofobia

E = Exangue em pulso diante

EXAME: IMAG 10.11.12
DATA: 28/01/19
PAGARETORA: FÁCULTADE DE SEGUROS

SA: _____	mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp: 35 MAI 2019
-----------	------	--------------	---------------	-------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		RAO-X REALIZADO
Solicitado TC de Cervo e PA de Andro D.		DATA 22/01/2019
		Técnico: <u>Leandro</u>

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA: 22/01/2019</u>
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<u>Patrulha: 00000000000000000000000000000000</u>
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> DESTINO: Família	<u>Matrícula: SAME-HUT</u>
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> PMI	<u>CONFERE COM O CRIVANA</u>
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>Prof. Solicitante: _____</u>
CID Compatível: _____		<u>Internação: _____</u>	

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Gute 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-270 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 22/01/2019 10:18:4
(CAMILA NORBERTA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

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: 86-98819-2757
Responsável: ANA MARCIA	CNS: 700606990566867	
Profissão: ARTESAO	Documento: CPF: 050.266.503-33	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Comunhão	
End. 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 S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ : ___	ESPECIALISTA: <i>Neu</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	<i>Leia</i>
<i>Acidente na moto DPVAT</i>	
<i>fr const. Neu</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___	<i>Bruno</i>
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ : ___	ESPECIALISTA: <i>Patrícia</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	<i>Matrícula: 027439</i>
<i>CONFERE COM O ORIGINAL</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___	<i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

231671

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	231671

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA	6 - Prenúncio: 103331		
7-CNS: 700606990566867	8-Nascimento: 23/05/1991	9-Sexo: Masculino	10-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-Endr: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - CEP: 64000-010			
-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Travamento, dor, deformidade e impotência, Fracasso em sono

21 - Condições que justificam a internação:

ITC - Fratura

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

23 - Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur



Patrício Viana Soares
Número: 02452
CONFIRA O ORIGINAL

DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod.Proced.: **0408050519** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR** Tempo: 30s

29-Clinica: **02** 30-Caráter: **Ident.: 01** 31-Docum.: **CPF** 32-Doc. Méd. Solic.: **217.817.218-07**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA** 34-Data Solicitação: **25/01/2019** 35-Ass. Carimbo Med. Sol. CRM: **S723**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

45 - Vínculo com a Previdência:
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	180119 Marcondes Martins S. Moura Funcionário FMS - Teresina Matrícula: 11100 (RG: Conselheiro)
48-Documento: 10CN5 (10CPF)	49-Nº. Documento:	

50 - Assinatura Paciente ou Responsável:
N. S. Coutinho

Usuário: **(KARLA BATISTA)**
 Consulta Local: **704003**
 Consulta SUS:
 Impressão: **25/01/2019 16:58:50**



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 171354	
	AIH: 2219100062190	
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

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
700609950366867	ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA	23/05/1991	M	103331
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NONÉ DA MÃE	RESPONSÁVEL	
3.042.807.550-21	86581922553	ORISMAR CARLOS DO SANTOS DUTRA	ANA MARCIA	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE	
62020-000	BR. 316 KM 23		SN	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CHAPADINHA SUL	ZONA RURAL	TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
POLI-TRAUMATIZADO, COM LUXAÇÃO DO OSSO SEMILLAR.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAMES CT INICIOS - RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S72.0 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
644350619 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

DPVAT

CARÁTER
URGÊNCIA

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

CRM: 21781721007

DATA SOLICITAÇÃO
25/05/2019

DATA ADMISSÃO
25/05/2019 09:30

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA 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)) NUNO RODRIGUES MARTINS SANTOS MOURA CRM: 07475400500	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER/CONTROLE/AVALIAÇÃO / AUDITORIA Rosa DATA ANÁLISE: 25/05/2019 16:03:30
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Patrícia Virna Salles
Matrícula: 027233
SAMF - HUT
CONFERE COM ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25 / 01, 19

NOME DO PACIENTE:	André Cáceres dos Santos	PRONTUÁRIO N°:	103331
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Loco	Nº DA SALA:	08
CIRURGIAO:	D. Fernando	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:	D. Edimaro	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Ana Lays	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7-5180	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	40	
ALCOOL 70%	ML	500		PVP DE GERMANTE	ML	400	
ALGODÃO	BOLA	05		PVP TÓPICO	ML	500	
AGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	300		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			<i>elétricos</i>	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>eláptico</i>		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>eláptico</i>		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>eláptico</i>		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>eláptico</i>		01	
ALCOFIL				<i>eláptico</i>		01	
MONONYLON 20	unid	03		<i>eláptico</i>		03	
FITA UMBILICAL				ENFERMÁRIA: <i>Além</i>			
VICRYL 12	unid	02		CIRCULANTE: <i>eláptico</i>			





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

André Cicero dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

Fratura d.o.F. de Femur

Operação - Tipo

R.A.F.I

Cirurgião

Fernando Caro

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ana Gonyoles

Anestesista

W. Adriano

Anestesia

Roque

Anestésico(a)

Data da Operação

Ínicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Recep
Patrícia Viana Sales
Matrícula: 027459
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Preparo sob naquianestesia
- 2) Preparo habitual
- 3) Visão lateral + dissecação
- 4) Redução
- 5) Fissão com placa - perfura
- 6) Drenagem (1 SF 0,81).
- 7) Sutura
- 8) Curativo

Mod. 76 HUT



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

0208

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

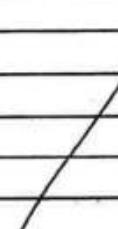
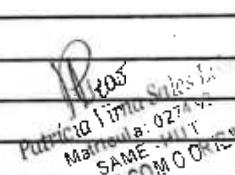
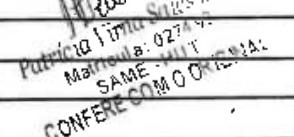
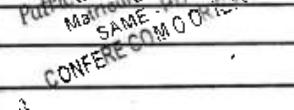
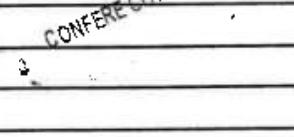
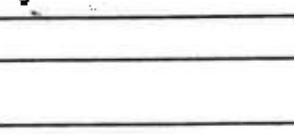
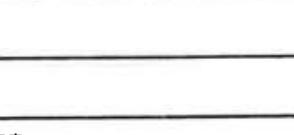
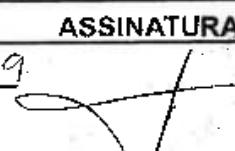
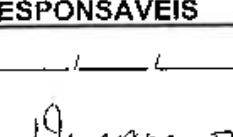
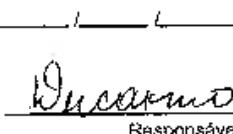
Rua Maçalhães Filho, 175 / Centro Norte

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

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2
E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM CX-224/27

Ex-224/272

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME André Cicero dos Santos Lima		Nº AIH 231671	Nº PRONTUÁRIO 103339
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:			
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0700030910			
MÉDICO RESPONSÁVEL			
NOME Dr. Fernando			
CRM Nº	CPF Nº		
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL 25/01/2019	
MATERIAL UTILIZADO			
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)	
	01	Placa DCP longa 4,5 mm	
	08	Parafusos verticais	
		      	
DADOS DO FORNECEDOR			
EMPRESA: 5 pine medical	CNPJ Nº		
ENDEREÇO:			
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS			
EM 25/01/2019	  		
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)	Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)		

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME André Lício dos Santos Lima IDADE anos DATA 22/01/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 15 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Tumor CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
	ADMISSÃO			SAIDA		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>139 x 57</u>			<u>130 x 59</u>		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>66</u>			<u>82</u>		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>			<u>100%</u>		
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>-</u>					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>					
NOME/ MATRÍCULA	<u>Anunciado</u>					
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						ADMISSÃO
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	Movimenta dois membros	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou só comando	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	PA em 20-50% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CONSCIÊNCIA	Esta lucido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR ALTA						
TOTAL	<u>0</u>					<u>0</u>
Assinatura: <u>Minas de Sousa</u> <u>Patrícia Lima de Souza</u> <u>2019-01-22</u> <u>COT 111159426</u>						

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Às 15:50h - Admitido no SRPA no Pós操縦機架
consciente e orientado, urinário, H/V peres, estabilizado Larlene Nunes de Sousa
2019-01-22 COT 111159426

RAIO-X REALIZADO

DATA 22/01/2019Técnico Roginal

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

17/1/19

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

----- [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] NORT [] NEU [] CIR [] MÉD



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:12:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211121655100000011404741>

Número do documento: 20092211121655100000011404741

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA



Fundação Municipal de Saúde

Fis N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 21/04/19

NOME DO PACIENTE:	André Lacerda dos Santos	PRONTUÁRIO N°:
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:	Bloqueio	N° DA SALA: 02
CIRURGIAO:	D. Arthur	CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESISTA:	W. Diego	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	Ana Flávia	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	1		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA N° 7/0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA N° 8/0 185	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	40	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	05		PVP TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP 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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	UNID.	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	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.							
AL.COFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				Enfermaria: <i>Gustiane T. Lemos</i>			
VICRYL				Circulante: <i>Gustiane Lemos</i>			
PROLENE							





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <i>André Cesar dos Santos Lima</i>	Prontuário: <i>103331</i>	Data: <i>22/01/2019</i>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <i>27 anos</i>	Peso: <i>60kg</i>
Procedimento(s) proposto(s): <i>Tratamento cirúrgico para varizes inguinais</i>	Altura:	
		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiológicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
- 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: <i>159/92</i>	Pulso: <i>68</i>	<input type="checkbox"/> arritmico	Mailampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	<i>Patrícia Lima</i>
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	<i>Matrícula: 027180</i>
Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	<i>SAME - HUT</i>
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	<i>CONFERE COM O ORIGINAIS</i>
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

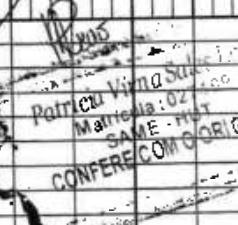
HB	TP / RNI	Uréia		
HT	TTPa	Creatinina		
Plaquetas	Glicemia			
ECG:		RX Tórax		
ECO:				

ASA: *PI* Anestesia proposta: Geral Outro: *Bloqueio simpático ② + seletivo ② + sedativo*

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: *Diego Nunes de Oliveira* CRM: *4926* D. *Diego Nunes de Oliveira*
MÉDICO ANESTESISTA LOGO: *Diego Nunes de Oliveira*
CRM-PI: *4926* NOD-122



		FICHA DE ANESTESIA				FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA																																									
Nome: <u>André Cícero dos Santos Lima</u>		Sexta: <u>02</u>				Alergia: <u>Nego</u>				Data: <u>22/01/2019</u>																																					
Procedimento: <u>Tratamento cirúrgico para luxação subluxação</u>		Clínico: <u>Arthur</u>				Observações: <u>jejum completo (2h)</u> <u>Nego anest.</u>																																									
14:40		15:40																																													
Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																															
1. Propofol 0,5%	mg	-90																																													
2. Lidocaina 0,5% com adren	mg	-240																																													
3. Cetamina	g	-2																																													
4. Remifentanil	ug	-50																																													
5. Diametocaina	mg	-8																																													
6. Bicarbonato	ml	-10																																													
7. Midazolam	mg	-0,25	-0,5																																												
8. Fentanyl	ug	-50	-50																																												
9.																																															
10.																																															
11.																																															
12.																																															
13.																																															
gênero		Flumin	02	02	02	02																																									
AR/AN20																																															
Voltatt	%																																														
Acesso Vascular																																															
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico <u>metade (pronto, de</u> Cat. Venoso nº <u>G</u> <u>PP</u> <input type="radio"/> Dificuldade aces. venoso Gastos <u>catebetes</u> <input type="radio"/> Central <u>✓</u>																																															
Via Aérea																																															
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="radio"/> IDY nº _____ <input type="radio"/> LMA nº _____																																															
Monitorização:																																															
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopia <input checked="" type="checkbox"/> PANI <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso <input type="radio"/> ETCO2 <input type="radio"/> Outros																																															
Anestesia:																																															
<input type="radio"/> Geral Venosa <input type="radio"/> Geral Balanceada <input type="radio"/> Replanestesia <input type="radio"/> Peridural <input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio Periférico <u>Esquerdado</u> <input checked="" type="checkbox"/> Outros <u>escolhido</u>																																															
Decubito: <u>DDA</u>																																															
<table border="1"> <tr> <td>SPO2 (%)</td> <td>95</td> <td>92</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>ETCO2 (mmHg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aces. Venoso (ml)</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>Aces. Venoso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diurese</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pérdidas Sanguíneas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																		SPO2 (%)	95	92	98	99	ETCO2 (mmHg)					Aces. Venoso (ml)	500	500	500	500	Aces. Venoso					Diurese					Pérdidas Sanguíneas				
SPO2 (%)	95	92	98	99																																											
ETCO2 (mmHg)																																															
Aces. Venoso (ml)	500	500	500	500																																											
Aces. Venoso																																															
Diurese																																															
Pérdidas Sanguíneas																																															
 <p> Paitucu Viana Souto Manoela 02/01 SAME - MIT CONFERE COM O ORIGINAL </p>																																															

Descrição da Anestesia: ① Paitucu em DDA, monitorizado; Reduplicação de blocoio supraclavicular ② + sevoflato ③ y tancos orais e apneus por VS, n/ intub. Mantido y cotidu nasal 02 (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	André Cícero dos Santos		
Diagnóstico pré-operatório	Fistula Vagina - Pelve		
Operação - Tipo	Ressecção + Fístula		
Cirurgião	W. Arthur	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
André Gleydes	DT - Diego	Bogner	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Patrícia Viana Sales
Matrícula: 033163
CONFERE COM O ORIGINAIS

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

Assepsia e Corte no M-D
Ressecção da Colecção de Sanguineo
Fístula C/ Fim de Período Vaginal
Cerrado frouxo

Dr. Arthur Santos
CM 3200

Mod. 76 HUT





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

231463

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	10-CPF: 050.266.503-33
11-Mae: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA			12-Fone: 86-98819-2797
13-Resp: ANA MARCIA			14-Cor: Sem Informação
15-Endr: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - CEP: 64000-010			
16-Nunic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos: Politraumatizado, com luxação do osso semilunar	<i>Patrícia Vitoria Soárez Matrícula: 021623 CONFIRA COM O ORIGINAIS</i>	PJ CORRETORA DE SEGUROS
--	--	--------------------------------

21 - Condições que justificam a internação:

Cirurgia

15 MAI 2019

DPVAT

- Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): Radiografia e ex. físico	24-CIC Princ.: 5633	25-CIC Sec.: 5633	26-CIC T. Ass.: 5633
---	-------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

22-Diagnóstico Trivial:

Ruptura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo27-CIC Princ.:
563328-CIC Sec.:
563329-CIC T. Ass.:
5633Tempo SUS:
230-Cod. Proced.: **0408020520** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO31-Clinica: **02 01** CPF: **643.843.143-53**32-Caráter: **Idenc.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solit.:
02 01 CPF: 643.843.143-53**33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **34-Data Solicitação:****ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA** **22/01/2019**35-Ass.Carimbo Méd. Sol. (CRM): **35-Ass.Carimbo Méd. Sol. (CRM)**36-Nome Profissional Autorizado: **37-Data Autorização:****Dr. Carlos Alves Aragão Filho** **22/01/2019**38-CNPJ Seguradora: **39-CNPJ Empresa:**40-No. Bilhete: **41-Série:**42-CNPJ Empresa: **43-CNAE Empresa:** **44-CEOR:**45-Vioculo com a Previdência: **46-Nome do Profissional Autorizado:** **47-Data Autorização:****Arthur Sampaio Soares de Sousa** **22/01/2019**48-Documento: **49-Num. Documento:**50-Ass.Carimbo (Rg. Conselho): **51-Ass.Carimbo (Rg. Conselho):**52-Data: **53-Consulta Local:** **54-Consulta SUS:** **55-Data:**56-Data: **57-Consulta Local:** **58-Consulta SUS:** **59-Data:**59-Data: **60-Consulta Local:** **61-Consulta SUS:** **62-Data:**62-Data: **63-Consulta Local:** **64-Consulta SUS:** **65-Data:**65-Data: **66-Consulta Local:** **67-Consulta SUS:** **68-Data:**68-Data: **69-Consulta Local:** **70-Consulta SUS:** **71-Data:**71-Data: **72-Consulta Local:** **73-Consulta SUS:** **74-Data:**74-Data: **75-Consulta Local:** **76-Consulta SUS:** **77-Data:**77-Data: **78-Consulta Local:** **79-Consulta SUS:** **80-Data:**80-Data: **81-Consulta Local:** **82-Consulta SUS:** **83-Data:**83-Data: **84-Consulta Local:** **85-Consulta SUS:** **86-Data:**86-Data: **87-Consulta Local:** **88-Consulta SUS:** **89-Data:**89-Data: **90-Consulta Local:** **91-Consulta SUS:** **92-Data:**92-Data: **93-Consulta Local:** **94-Consulta SUS:** **95-Data:**95-Data: **96-Consulta Local:** **97-Consulta SUS:** **98-Data:**98-Data: **99-Consulta Local:** **100-Consulta SUS:** **101-Data:**101-Data: **102-Consulta Local:** **103-Consulta SUS:** **104-Data:**104-Data: **105-Consulta Local:** **106-Consulta SUS:** **107-Data:**107-Data: **108-Consulta Local:** **109-Consulta SUS:** **110-Data:**110-Data: **111-Consulta Local:** **112-Consulta SUS:** **113-Data:**113-Data: **114-Consulta Local:** **115-Consulta SUS:** **116-Data:**116-Data: **117-Consulta Local:** **118-Consulta SUS:** **119-Data:**119-Data: **120-Consulta Local:** **121-Consulta SUS:** **122-Data:**122-Data: **123-Consulta Local:** **124-Consulta SUS:** **125-Data:**125-Data: **126-Consulta Local:** **127-Consulta SUS:** **128-Data:**128-Data: **129-Consulta Local:** **130-Consulta SUS:** **131-Data:**131-Data: **132-Consulta Local:** **133-Consulta SUS:** **134-Data:**134-Data: **135-Consulta Local:** **136-Consulta SUS:** **137-Data:**137-Data: **138-Consulta Local:** **139-Consulta SUS:** **140-Data:**140-Data: **141-Consulta Local:** **142-Consulta SUS:** **143-Data:**143-Data: **144-Consulta Local:** **145-Consulta SUS:** **146-Data:**146-Data: **147-Consulta Local:** **148-Consulta SUS:** **149-Data:**149-Data: **150-Consulta Local:** **151-Consulta SUS:** **152-Data:**152-Data: **153-Consulta Local:** **154-Consulta SUS:** **155-Data:**155-Data: **156-Consulta Local:** **157-Consulta SUS:** **158-Data:**158-Data: **159-Consulta Local:** **160-Consulta SUS:** **161-Data:**161-Data: **162-Consulta Local:** **163-Consulta SUS:** **164-Data:**164-Data: **165-Consulta Local:** **166-Consulta SUS:** **167-Data:**167-Data: **168-Consulta Local:** **169-Consulta SUS:** **170-Data:**170-Data: **171-Consulta Local:** **172-Consulta SUS:** **173-Data:**173-Data: **174-Consulta Local:** **175-Consulta SUS:** **176-Data:**176-Data: **177-Consulta Local:** **178-Consulta SUS:** **179-Data:**179-Data: **180-Consulta Local:** **181-Consulta SUS:** **182-Data:**182-Data: **183-Consulta Local:** **184-Consulta SUS:** **185-Data:**185-Data: **186-Consulta Local:** **187-Consulta SUS:** **188-Data:**188-Data: **189-Consulta Local:** **190-Consulta SUS:** **191-Data:**191-Data: **192-Consulta Local:** **193-Consulta SUS:** **194-Data:**194-Data: **195-Consulta Local:** **196-Consulta SUS:** **197-Data:**197-Data: **198-Consulta Local:** **199-Consulta SUS:** **200-Data:**200-Data: **201-Consulta Local:** **202-Consulta SUS:** **203-Data:**203-Data: **204-Consulta Local:** **205-Consulta SUS:** **206-Data:**206-Data: **207-Consulta Local:** **208-Consulta SUS:** **209-Data:**209-Data: **210-Consulta Local:** **211-Consulta SUS:** **212-Data:**212-Data: **213-Consulta Local:** **214-Consulta SUS:** **215-Data:**215-Data: **216-Consulta Local:** **217-Consulta SUS:** **218-Data:**218-Data: **219-Consulta Local:** **220-Consulta SUS:** **221-Data:**221-Data: **222-Consulta Local:** **223-Consulta SUS:** **224-Data:**224-Data: **225-Consulta Local:** **226-Consulta SUS:** **227-Data:**227-Data: **228-Consulta Local:** **229-Consulta SUS:** **230-Data:**230-Data: **231-Consulta Local:** **232-Consulta SUS:** **233-Data:**233-Data: **234-Consulta Local:** **235-Consulta SUS:** **236-Data:**236-Data: **237-Consulta Local:** **238-Consulta SUS:** **239-Data:**239-Data: **240-Consulta Local:** **241-Consulta SUS:** **242-Data:**242-Data: **243-Consulta Local:** **244-Consulta SUS:** **245-Data:**245-Data: **246-Consulta Local:** **247-Consulta SUS:** **248-Data:**248-Data: **249-Consulta Local:** **250-Consulta SUS:** **251-Data:**251-Data: **252-Consulta Local:** **253-Consulta SUS:** **254-Data:**254-Data: **255-Consulta Local:** **256-Consulta SUS:** **257-Data:**257-Data: **258-Consulta Local:** **259-Consulta SUS:** **260-Data:**260-Data: **261-Consulta Local:** **262-Consulta SUS:** **263-Data:**263-Data: **264-Consulta Local:** **265-Consulta SUS:** **266-Data:**266-Data: **267-Consulta Local:** **268-Consulta SUS:** **269-Data:**269-Data: **270-Consulta Local:** **271-Consulta SUS:** **272-Data:**272-Data: **273-Consulta Local:** **274-Consulta SUS:** **275-Data:**275-Data: **276-Consulta Local:** **277-Consulta SUS:** **278-Data:**278-Data: **279-Consulta Local:** **280-Consulta SUS:** **281-Data:**281-Data: **282-Consulta Local:** **283-Consulta SUS:** **284-Data:**284-Data: **285-Consulta Local:** **286-Consulta SUS:** **287-Data:**287-Data: **288-Consulta Local:** **289-Consulta SUS:** **290-Data:**290-Data: **291-Consulta Local:** **292-Consulta SUS:** **293-Data:**293-Data: **294-Consulta Local:** **295-Consulta SUS:** **296-Data:**296-Data: **297-Consulta Local:** **298-Consulta SUS:** **299-Data:**299-Data: **300-Consulta Local:** **301-Consulta SUS:** **302-Data:**302-Data: **303-Consulta Local:** **304-Consulta SUS:** **305-Data:**305-Data: **306-Consulta Local:** **307-Consulta SUS:** **308-Data:**308-Data: **309-Consulta Local:** **310-Consulta SUS:** **311-Data:**311-Data: **312-Consulta Local:** **313-Consulta SUS:** **314-Data:**314-Data: **315-Consulta Local:** **316-Consulta SUS:** **317-Data:**317-Data: **318-Consulta Local:** **319-Consulta SUS:** **320-Data:**320-Data: **321-Consulta Local:** **322-Consulta SUS:** **323-Data:**323-Data: **324-Consulta Local:** **325-Consulta SUS:** **326-Data:**326-Data: **327-Consulta Local:** **328-Consulta SUS:** **329-Data:**329-Data: **330-Consulta Local:** **331-Consulta SUS:** **332-Data:**332-Data: **333-Consulta Local:** **334-Consulta SUS:** **335-Data:**335-Data: **336-Consulta Local:** **337-Consulta SUS:** **338-Data:**338-Data: **339-Consulta Local:** **340-Consulta SUS:** **341-Data:**341-Data: **342-Consulta Local:** **343-Consulta SUS:** **344-Data:**344-Data: **345-Consulta Local:** **346-Consulta SUS:** **347-Data:**347-Data: **348-Consulta Local:** **349-Consulta SUS:** **350-Data:**350-Data: **351-Consulta Local:** **352-Consulta SUS:** **353-Data:**353-Data: **354-Consulta Local:** **355-Consulta SUS:** **356-Data:**356-Data: **357-Consulta Local:** **358-Consulta SUS:** **359-Data:**359-Data: **360-Consulta Local:** **361-Consulta SUS:** **362-Data:**362-Data: **363-Consulta Local:** **364-Consulta SUS:** **365-Data:**365-Data: **366-Consulta Local:** **367-Consulta SUS:** **368-Data:**368-Data: **369-Consulta Local:** **370-Consulta SUS:** **371-Data:**371-Data: **372-Consulta Local:** **373-Consulta SUS:** **374-Data:**374-Data: **375-Consulta Local:** **376-Consulta SUS:** **377-Data:**377-Data: **378-Consulta Local:** **379-Consulta SUS:** **380-Data:**380-Data: **381-Consulta Local:** **382-Consulta SUS:** **383-Data:**383-Data: **384-Consulta Local:** **385-Consulta SUS:** **386-Data:**386-Data: **387-Consulta Local:** **388-Consulta SUS:** **389-Data:**389-Data: **390-Consulta Local:** **391-Consulta SUS:** **392-Data:**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 170580  AIH: 2219100054358
--	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT 3828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT 3838856

[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]

CARTÃO SUS		NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
702609905346867		ANDRÉ CÉSAR DOS SANTOS LIMA		23/05/99	M	103231
DOCUMENTO		CPF	TELÉFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL
3.102.807.552-PI		8809112532		ORISMAR CARLOS DO SANTOS DULURA		ANA MARCIA
CEP		ENDERECO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE	
64021990		BR 215 KM 23			88	
BAIRRO		COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
LARANJEIRAS		ESQUERDA		TERESINA		PI

LANÇAMENTO DE PROJETO DE INVESTIMENTO NA INDUSTRIALIZAÇÃO DA ECONOMIA DA BAHIA

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL CID 10 SECUNDARIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408620520 - ESTRABAMENTO CUBRURICO DE LUXO 500 - ESTRALUX 500 DOS OSSOS DO CARPO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CRÉDITO CONSELHO))
CARÁTER URGÊNCIA		DATA SOLICITAÇÃO 23/01/2019 ARTHUR SAMPAIO SOARES DE MORAES CRM: 6438421-353
DATA ADMISSÃO 23/01/2019 15:53	DATA ALTA 23/01/2019 15:57	MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ/SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL NA AUDITORIA	PARCERIA/CONTROLE AVAIAÇÃO:
JOSÉ DE CRISTÓVÃO SANTOS FILHO CPF: 35228845301 CRM: 0814 ANÁLISE: 23/3/2019 10:53:20 CTF:	Patrício Matrícula: 02 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL	CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente		André Cícero dos Santos	
Diagnóstico pré-operatório		Fistula Vaginal	
Operação - Tipo		Dentista + Endoto	
Cirurgião	W. Achim	2º Assistente	3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)	D. Diego	Bogner	
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<p style="text-align: right;">Parecia Vira Seta Matriz - 02/02/2019 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAIS</p> <p style="text-align: right;">15 MAI 2019</p> <p style="text-align: right;">PJ CORRETORA DE SEGUROS</p> <p style="text-align: right;">DPVAT</p>			
<p style="text-align: center;">Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>ANEXO F Círculo no M-D ANEXO INFERIOR F Círculo no SFT VAG FILAGEM C PROTECTOR CINTO FERIA</p> <p style="text-align: right;">//</p> <p style="text-align: right;">Dr. Arthur Soares Cm 3200</p>			

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Prot. N° _____
Rubrica _____

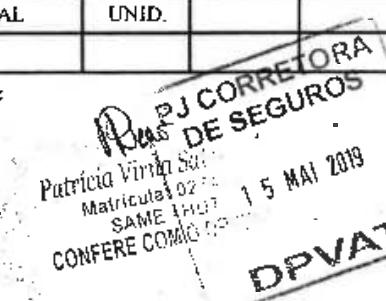
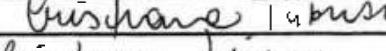
Fundação Municipal de Saúde

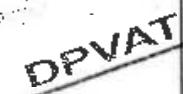
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 21/03/19

NOME DO PACIENTE:	André Lício Closson Teixeira	PRONTUÁRIO N°:	
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Bloqueio	Nº DA SALA:	02
CIRURGIAO:	D. Arthur	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESISTA:	D. Diego	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Ana Flávia	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA N° 7-0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA N° 80185	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	40	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	50	
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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	UNID.	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	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:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



HUT	FICHA DE ANESTESIA			FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA			
Nome:	André Cícero dos Santos Lima			Sala:	02	Alergia:	Nego *
Procedimento:	Tratamento cirúrgico para laringe suco-funcionar			Cirurgião:	Adriano	Observações:	Jejum completo (SPh) Nenhum
							Data: 22/04/2019

Agente	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Remifentanil 0,5%	mcg	• 90								
2. Ketamina 1% com etan	mg	• 200								
3. Cetapoline		• 2								
4. Fentanyl	mcg	• 50								
5. Diamorfina	mcg	• 8								
6. Bupivacaína	mcg	• 10								
7. Midazolam	mcg	• 2,5	• 2,5							
8. Fentanil	mcg	• 50	• 50							
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
Oxigênio		Flumin	02	02	02	02	02			
AR/N2O										
Volatile	%									

Acesso Vascular

- Periférico ~~periferico~~ (primo), do
Cat. Venoso nº 6 PS
a) Dificuldade aces. venosa
Gastos _____ cateteres
c) Central 12 -

Via Aéreas

- Cateter nasal
c) ID nº _____
c) LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
 PANI
 Oxímetro de pulso
d) ETCO2
e) Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
 Geral Balanceada
 Requianestesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico ~~bloqueio~~ (periferico)
 Outros ~~recolocar~~

Decúbito: DPVA

SPO2 (%)	95	96	98	99
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso ACE ACE	90	92	98	99
Aces. Venoso				
Diurese				
Pardas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia: O paciente está monitorizado; Realização de bloqueio supraclavicular. + axilar. + tecido artídeo - parado por 15s, a intub. Mantido gr. rotina nasal 02 (2l/min.).

Dr. Diego Nunes de Oliveira
Anestesiologista
Médico Anestesiologista
CRM-PI 1926





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. 34



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Octávio Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-730 CNPJ: 06.522.917/0022-02

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: **SUS**

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
Av. 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 radioológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diafise do fêmur.
- 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. Octo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

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
Professional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA - PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.520.317/0002-32

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: **231671**
 Requisição: **914775** Solicitação: **25/01/2019** Solicitante: **FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA**
 Controle: **1141952** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPEDICA - P*1 ENFERMARIA 229 LEITO 216

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



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. 38



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3445
 TERESINA-PI CEP: 64017-570 CNPJ: 25.522.817/0022-82

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: 913765 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
 Controle: 1140160 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - 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. Otávio Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 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: **SUS**

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



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. 40



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT



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. 41



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	684.903	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/09/15
NAME	MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL		
PAI/MÃE	MARIA ALICE RIBEIRO PAZ ANDRÉ DE PAIVA BRASIL		
NATURALIDADE	BENEDITINOS-PI	DATA DE NASCIMENTO	18/10/1962
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 1727 L 2 F 064		
CPF	EXP AGRICOLÂNDIA-PI 10/03/140/19		
TIT. ELE	TIT. ELE 06. 927. 213-33		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 86.250/83			



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:12:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211121655100000011404741>
Número do documento: 20092211121655100000011404741

Num. 12051719 - Pág. 42



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 ANALISE 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

OOUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: <u>ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA</u>		Profissão:	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	D. Expedição: <u>04/05/18</u>	CPF: <u>05026650333</u>
RG: <u>03.042.807</u>	Org. Emissor: <u>SSP-PI</u>	Nº S/N	Bairro: <u>Chapadinha</u>
Endereço: <u>BR 316, KM 23</u>	Cidade: <u>TERESINA</u>	Estado: <u>PI</u>	Cep: <u>64.000-000</u>

OOUTORGADO: (Dados do Procurador)

NOME: MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL

Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>CASADA</u>	Profissão: <u>PROFESSORA</u>	
RG: <u>684.903</u>	Org. Emissor: <u>SSP-PI</u>	D. Expedição: <u>16/09/2015</u>	CPF: <u>705.927.213-53</u>
Endereço: <u>RUA BOA VISTA</u>	Nº <u>497</u>	Bairro: <u>CEDRO</u>	
Cidade: <u>MONSENHOR GIL</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.450-000</u>	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIQ 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 SEGUR OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIO JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SORE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTALECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO; AFIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE Á:

VÍTIMA: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA
CPF: 05026650333 DATA DO ACIDENTE: 22/01/2019

Cobertura solicitada: INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

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



X Andre Cicero dos Santos Lima

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

CARTÓRIO DO FÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Teresina-PIauí - (86) 3221-6865
Maria Lúcia Sávio Feitosa

Tabelaria Interativa
CARTÓRIO DO FÍCIO DE NOTAS
Marie do Amparo Portela Leal de Araújo - Tribuna
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6865

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA - DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 25/04/2019. Emol. 43.85 FMMP: 0,10
Selos: 0,26 Total: 4,98 Selo ABP: 62546 (F610P195)

CAMILA BEZERRA DE SOUZA MARTINS - SOBREVENTE AUTORIZADA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0282813/19

Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

CPF: 050.266.503-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Titular do CPF: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



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. 46