



Número: **0821690-47.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12187007	29/09/2020 00:01	Petição Inicial	Petição Inicial
12187010	29/09/2020 00:01	RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E BO	Documentos
12187011	29/09/2020 00:01	20200928_231250	Procuração
12187012	29/09/2020 00:01	DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documentos
12187013	29/09/2020 00:01	PRONTUÁRIO MÉDICO	Documentos
12187014	29/09/2020 00:01	COMP PAG SEGURO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUEM ANEXOS.



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.454.590 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/18

NOME DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

FILIAÇÃO DEUSELINA MARREIROS
JOSÉ DE ARIMATÉA PEREIRA LIMA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 14/07/1984

DOC ORIGEM CERT.NASC. 71515 L 79A F 506
EXP TERESINA-PI 05/11/99
CPF 050.225.643-51

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: *Chagas Pinheiro*

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 80.250/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR *DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA*

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 199905574
Av. Prof. Cássio Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.29
2019023093519

MATRÍCULA 12249777-5 FATURA Nº 151605677
MÊS / ANO 5/2019

NOME/ENDEREÇO MORADOR DEUSALINA MARREIROS LIMA
RUA SAO MATEUS, 880 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64007410

LOCALIZAÇÃO
015-00010-002675

GRUPO 015 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A041523799

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	Tipo	LIQ	FATURA
03/2019	Lido	21	21
02/2019	Lido	21	21
01/2019	Lido	20	20
12/2018	Lido	46	23
11/2018	Media	00	11

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 23/04/2019 1543
ATUAL 23/05/2019 1573

CONSUMO MÊS M3 25
LIT 10,7410312
PIS. PASEP 07,55*1,65% = 1,78
COPINS 107,55*7,60% = 8,23

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (H)
10	2,0450 65
25	5,0820 65
25	9,1530 65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE AGUA - 107,95
> Residencial-Normal 25,0 m3 107,95

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R5/M3 E (H)

VENCIMENTO 04/06/2019 TOTAL A PAGAR 107,95

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
CONSUMO	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERCHIA COLI	660	656	4	Ausencia	Ausente
	660	660	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 23/05/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:35





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050.225.643-51 4 - Nome completo da vítima: Deyves Marreiros Pereira Lima

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

5 - Nome completo: Deyves Marreiros Pereira Lima 6 - CPF: 050.225.643-51
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua São Mateus 9 - Número: 880 10 - Complemento:
11 - Bairro: Agua Mineral 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64007-420
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 086 9905 4054

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2004 ☐ CONTA: 80708 ☐ 6 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, 19/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



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

164 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003109/2019-85



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 15/08/2019 - 09:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DUQUE DE CAXIAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

30/07/2019 - 22:30

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

BALÃO DA COCA-COLA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

RG: 2454590 PI

Mãe: DEUSALINA MARREIROS

Pai: JOSÉ DE ARIMATEA PEREIRA LIMA

Endereço: RUA SÃO MATEUS, Nº 880

Bairro: ÁGUA MINERAL

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

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 160 FAN, PLACA QRV-6680-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01178633567, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA MOTO, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES E LEVADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. NO DIA 01/08/2019 DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 418444). TESTEMUNHA: JESLEY ANTUNES GOMES, RUA SÃO MATEUS, 607, AGUA MINERAL. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL


DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Keiko Leal Parafba
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat. 136.331.7





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: METALÚRGICO	RG: 2.454.590 SSP-PI
CPF: 050.225.643-51	FONE:
ENDEREÇO: Rua São Mateus, 880, Bairro: Água Mineral, Teresina-PI, CEP: 64.007-420.	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro - Teresina - PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina-PI, 28 de setembro de 2020.

OUTORGANTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
telefones: 994643330/(what Zap: 994523253)
E-mail: ramonadv@bol.com.br / www.alexandreronjunior.adv.br

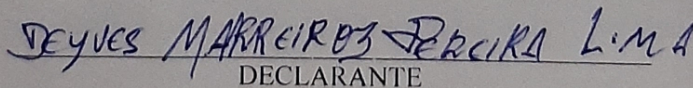


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: METALÚRGICO	RG: 2.454.590 SSP-PI
CPF: 050.225.643-51	FONE:
ENDEREÇO: Rua São Mateus, 880, Bairro: Água Mineral, Teresina-PI, CEP: 64.007-420.	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 28 de setembro de 2020.


DECLARANTE





Altos

NOME DO PACIENTE: Deives Mameiro Pereira Lima
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 218444

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".



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA		Prontuário: 49576	
Mãe: DEUSELINA MARREIROS		Pai: JOSE DE ARIMATEIA PEREIRA LIMA	
End.Resid.: RUA MSAO MATEUS 880 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64040-000			
Nascimento: 14/07/1984	Idade: 35a0m17d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS: 203950590670009	
Profissão:		Documento: CPF: . . -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 170879	Data: 31/07/2019 22:50:43	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: TORÇÃO EM MEMBRO		Convênio: S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 31/07/2019 de 22:50 às _____:_____ horas para fins de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 170879//////////

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES
ENTREGUE
Documento Confere Conforme Original
THE 02/03/2020
Setor Produção

TERESINA(PI), 2 de Março de 2020.

Rubens Faber
H.G.BAIRES
CHEFE PRODUÇÃO
02/03/2020

Ass. e Matrícula do Servidor

Nota: De acordo com a resolução CFM no. 1851/23008, D.O.U. de 18/08/2008, seção I, Pag. 256.





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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 01/08/2019 09:08:14
(User: CLAUDIO AURELIO)
(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	Prontuário:	418444
Mãe:	DEUSELINA MARREIROS	Pai:	
End.Resid.:	RUA SAO MATEUS, 880 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-100		
Nascimento:	14/07/1984	Idade:	35a0m18d
Responsável:	DEUSILENE	Sexo:	Masculino
Profissão:	AUTONOMO	Fone:	86-98852-6329
G. Instrução:	Não informado	CNS:	704201224343382
		Documento:	RG: 2454590 - SSPPI
		E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	733946	Entrada:	01/08/2019 08:37:40	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): QUEDA MESMO NÍVEL						
Indução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor leve recente	Verde
Breve História Clas. Risco:	MÁRIA AMÉLIA LOPES DE SOUSA CABRAL COREN 93943 Em: 01/08/2019 09:04:19	
PACIENTE SOFREU QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MSE. NEGA ALERGIAS. ECG=15		

SSVV:	(Hora: ____:____)	Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:											
PACIENTE COM TRAUMA DE PUNHO ESQ											
CD: RX											

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

Exames Complementares:
(1274261) - PUNHO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____:____
Observação (Adulto)		

Assinatura Paciente ou Responsável: *Deusilene Marreiros P. Lima*

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
3321 Em: 01/08/2019 09:08:13





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 Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome:	DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	Prontuário:	418444	Local:		Leito:	
Tipo Sanguíneo:		Fator RH:	0,00	Altura (m):	0,00	IMC (Kg/m ²):	0,00

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO:

SINAIS VITAIS:

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

Dr. Jamerson Jr. de Lencos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3878 TEOT: 11094

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 707851980	Nº REGULAÇÃO: 84968	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	NASCIMENTO: 14/07/1984	
PACIENTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA		

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:
01/08/2019 03:22:48 01/08/2019 03:04:29 01/08/2019 02:29:26 01/08/2019 02:01:28 01/08/2019 01:54:32 01/08/2019 01:39:44 01/08/2019 01:31:47
PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EVOLUINDO COM FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL

PROVAS DIAGNÓSTICAS:
RX

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO ANTEBRACO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 160x100(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 85bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 18rpm

GLICEMIA: 125mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 01/08/2019 03:04:29


MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

F. José Antonio Pinheiro Chaves
Matrícula: 63904
SAÚDE - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	MÉDICO ASSISTENTE
DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA		418444	14/07/1984	35	ORTOPEDIA	LEITO	
DATA/HORA CODIGO		PREScrição Médica					
DI :		CORREDOR 5					
02/08/2023		HORÁRIOS					
FRAT. PUNHO E		OBSERVAÇÕES					
02/08/19							
1 Dieta oral livre							
2 Jelco salinizado							
3 Rantidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5 Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
7 Keftin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8 Curativos diários							
9 Cuidados gerais e sinais vitais							
10							
Dr. Ricardo S. Valença		Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho					
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia		Ortopedia e Traumatologia					
CRM3415-TEOT10029 / CRM12308		CRM3766-TEOT11305 / CRM3367					



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME DEIVEB ANDRÉ DOS SANTOS SILVA IDADE 35 anos DATA 01/09 /2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE (X) BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA TRF, FUL DULO 650 CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>161 X 92</u>	<u>124 X 94</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>73</u>	<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	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"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" 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"/>
	Tem apnéia	0	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 checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	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"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" 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"/>
	Não responde	0	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 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"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 		TOTAL	<u>10</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA 		ASS.	<u>Deiveb</u>		<u>Deiveb</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 19h: Admitido O^o 35a em 10i de Pós-operatório de
do punho esquerdo, sob anestesia de bloqueio do
plexo braquial, TO 1100 e SCS. VITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

[] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] NOT [] NEU [] CIR [] MÉD []





- HUT

Dear Friends

MÉDICO ASISTENTE

PRONTUÁRIO

Ortopédica

ENF. OU AP LEITC

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA
CÓDIGO

PREScrição Médica

01/08/19

1 Dieta oral livre, zero após meia noite

2	SF 0,9% 500 ml EV em 24H PMV
---	------------------------------

3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4	Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h
---	--

5 Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS

6	Ssv + ccgg
---	------------

7

8

9

1

10

1

1

1

1

1

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia Traumatologia
Quadril
TEOT: 11094



12

N:30 Funiculars and
 can take N:30 or
 MSD _____ along
 street

Dear
Agneta

[illegible]

1005-1006

De Afdeling





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

228909

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856
Código da Internação:
4-CNES
5828856
244275

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**
6 - Prontuário: **418444**
7-CNS: **704201224343382** 8-Nascimento: **14/07/1984** 9-Sexo: **Masculino** RG: **2454590 - SSPPI**
11-Mãe: **DEUSELINA MARREIROS** 12-Fone: **86-98852-6329**
13-Resp: **DEUSILENE** 14-Cor: **Parda**
-Ender: **RUA SAO MATEUS, 880 - AGUA MINERAL - CEP: 64000-100** 17-Cod.IBGE: **221100** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64000-100**
16-Munic: **TERESINA**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
PACIENTE SOFREU QUEDA DA PROPIA ALTURA APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MSE, PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

21 - Condições que justificam a internação:
A MESMA

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

23-Diagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prin: **S525** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408020407** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**
29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 835.447.043-15
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR** 34-Data Solicitação: **01/08/2019**
35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM):
Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Quadri
CRM: 3878 TEOT: 11094

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: 47-Data Autorização:
48-Documento: 49-Num. Documento: 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
() CNS () CPF
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
Deusilene Ferreira P. Lima
Usuário: **(ALCINA OLIVEIRA)**
Consulta Local: **733946**
Consulta SUS:
Impressão: **01/08/2019 09:52:11**





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Paciente:

Nome:

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Mãe:

DEUSELINA MARREIROS

Prontuário:

418444

Cod. Internação:

244275

Nascimento:

14/07/1984

Cartão SUS:

704201224343382

Equipe:

Cirurgião:

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA (CPF: 643.843.143-53)

2o. Aux.:

(CPF:)

Instrumentador:

(CPF:)

1o. Aux.:

(CPF:)

3o. Aux.:

(CPF:)

Anestesista:

(CPF:)

Relatório:

Data Cirurgia:

01/08/2019

Início:

16:30

Fim:

17:00

Tipo Cirurgia:

ORTOPÉDICA

Tipo Anestesia:

GERAL

Sala Cirúrgica:

SALA 01

Diagnóstico Pré-Operatório:

Frat de rádio distal E

Relatório Imediato do Patologista:

XXXXXXXXXX

Acidente Durante a Operação:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Diagnóstico Pós-Operatório:

Frat de rádio distal E

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

ASSEPSIA E CAMPOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

REDUÇÃO FECHADA DA FRATURA DE RÁDIO DISTAL

FIXAÇÃO COM FIOS K

CURATIVO ESTERIL

IMOBILIZAÇÃO COM TALA

Código:

Descrição:

0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE /

Proc. Rea:

Sim

Proc. Princ.:

Não

Valor SH.:

159,49

Valor SP.:

94,31

DR. ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3200-PI

Assinado eletronicamente por:
Data: 29/09/2020 00:03:25
Assinado por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO
CRM 3200-PI

Carimbo Ass. Prof. Responsável

a 1



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
Serviço de Anestesia

FICHA DE ANESTESIA

Nome: DEYVES MARCELOS P. LIMA Sala: _____ Alergia: NEGA Data: 01/08/19

Procedimento: TC Fartura Cirurgião: Dr. [assinatura] Observações: _____

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 CEFALGOLINA	g			2.0			2.0						
2 DIPLOM	g						1.0						
3 TRAMAL	mg						2.0						
4 TENOXICAN	mg												
5 DECAPOON	mg			9.0									
6 NAUSEOON	mg			4.0									
7 MIDAZOLAM	mg						5.0						
8 FENITIL	mg			1.0									
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico _____

Cat. Venoso nº _____ G

☐ Dificuldade aces. venoso

Gastos cateteres _____

☐ Central _____

Via Aérea

☒ Cateter nasal

☐ IOT nº _____

☐ LMA nº _____

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros _____

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☐ Raquianestesia

☐ Peridural

☒ Bloqueio Periférico

☐ Outros _____

Decúbito: Prone

SPO2 (%)	100	100	100
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	(SE)	(SP)	
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia:

Bloq. Praxan (E): Agulha A-100, guiado por US,
Amintobol 15mg lidocaina 2% CVC + Bupivac
0.5% CVC

Dr. João Hipólito B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 2053 / RQE 2968
Anestesiologista



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



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
PACIENTE: _____ Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

2 Fios k 2 u u

[Handwritten signature]

DR. ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3200-PI

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

RAIO X REALIZADO
DATA: _____
TÉCNICO: _____

001 - HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Deives Mamius P. Lima</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>218444</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>B-P-B</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. João</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Jura</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7-0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7-5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Luva n.º 8-5</u>	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Exames 03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Exames 03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cirurgia 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>C.C</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Lapuma</u>			
PROLENE							





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

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115755

Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEYVES MARREIROS PEREIRA 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\$ 1.687,50

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: **DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000080708-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

