

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711675 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DANTAS ROSA **Data do acidente:** 07/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA OLECRANO DIREITO.
FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-5-6-11-13-14-21-25-28-31

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO E PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO COTOVELO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3713229 DATA DE
EXPIRAÇÃO 04/12/2019

NOME
MAYCON DANTAS ROSA

ALIAS
FRANCINEIDE DANTAS ROSA

NACIONALIDADE
TERESINA - PI DATA DE NASCIMENTO
17/07/1993

CERT. NASCIMENTO 276735 L 342 F 208
EXP. TERESINA - PI 09/07/2001

CPF 066.595.583-90

Juarez Gonçalves de Carvalho
Partido Criminal

LEI Nº 7.114 DE 29/09/83 - DECRETO Nº 89.256/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Maycon Dantas Rosa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

04721470

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.280/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO: 23/09/14

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
FILIAÇÃO: CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE: CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1971

DOC. ORDEM: CERT. NASC. 529 L 83/F 141

EXP. CRATEUS-CE 25/09/78
TERMINA-PI: Pedro Gomes de Moraes
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

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

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

Eu, Raimundo José da Silva Filho
RG nº 2.867.752, data de expedição 30 / 06 / 15
Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 036.691.663-78
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Cel. Martins, nº 293,
complemento lusa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
x markon danton rocha, cujo o condutor era
x markon danton rocha.
Veículo: moto Modelo: honda CG 125 FANES Ano: 2015
Placa: PIK-9924 Chassi: 9C2JC4110FR200814
Data do Acidente: 07 / 02 / 19

Local e Data: TERESINA PI 17/12/2019

x Raimundo José da Silva Filho
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Bayreuth, 117 - Centro/Norte
Teresina - Piauí - (86) 3029 - 8205
Bela, Maria Hilda S. B. Feitosa
Tabela de Taxas

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
Rebeca Carvalho Moreira da Silva
Escritório Autorizado
Teresina - Piauí

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO JOSE DA SILVA
FILHO NO DOC. DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TEST. 08
DA VERD. TERESINA, 17/12/2019 13:12:48
SELO 6AN87234-0801 Consulte em www.tjpi.jus.br/portalextra

Rebeca Carvalho Moreira da Silva
REBECA CARVALHO MOREIRA DA SILVA - ESCRIVENTE

Emul: R\$ 3,85 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.asp?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maycon Dantas Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.595.583 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Maycon Dantas Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.595.583 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 18 de Dezembro de 2019
Local e Data

x Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

EEB : 00006 UC: 0029460-0 DT LETT : 26/11/2019 T.ENTR.: 09



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-T
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/58

Para contato
com o SAC, informe
esse número

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 030476502

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
NOVEMBRO/2019
VENCIMENTO
02/12/2019

CONSUMO (kWh) 277
TOTAL A PAGAR (R\$) 300,63

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	22101	Atual:	25/11/2019
Anterior:	21824	Anterior:	24/10/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/12/2019
Consumo Medido:	277	Emissão:	22/11/2019
Consumo Faturado:	277	Apresentação:	25/11/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 234

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
OUT/19	394	CONSUMO 277 A R\$ 0,968508 =	268,27
SET/19	368	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,64
AGO/19	285	MULTA POR ATRASO DE 10/19-00	0,60
JUL/19	222	JUROS DE MORA ATRASO 10/19-00	0,20
JUN/19	205	MULTA POR ATRASO 10/19-00	7,44
MAI/19	204	JUROS POR ATRASO 10/19-00	2,48
ABR/19	178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,90
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	9,01
FEV/19	297		
JAN/19	365		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 277 - 0,65(16)

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/11/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode entrar em contato com o atendimento ao cliente pelo telefone 0800 086 0800 ou pelo e-mail atendimento@equatorialpi.com.br
RESERVADO AO FISCO C07F.68BB.D7CC.4751.9CAA.4C54.5B5B.9003

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	52,75		Base de Cálculo:	268,27	195,84
Energia:	101,95		Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	17,24		Valor do ICMS:		72,43
Encargos:	8,44		Valor do PIS:	1,40%	2,75
Tributos:	87,89		Valor do COFINS:	6,49%	12,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DICC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunto	TERESINA-MACAUBA			Período de observação			09/2019
							130,30



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

ORTORON

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Nº 400 16:00
09/12/19

Imp: 07/02/2019 19:11:54
(User: ADONIRAN)
(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MAYCON DANTAS ROSA		Prontuário: 502003	
Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	Pai:		
End.Resid.: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 17/07/1993	Idade: 25a6m21d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99424-9799
Responsável: O MESMO	CNS: 704207257084586		
Profissão: ELETRICISTA	Documento: CPF: 066.595.583-90		
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 706574	Entrada: 07/02/2019 18:52:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ +30MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C FERIMENTO,MCE,ESCORIAÇÕES EM MMII.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 07/02/2019 18:58:09

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA, REFERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FÁSICO
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;
C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;
D) PUPILAS ISOCORICAS E POUCO FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
E) BRAÇO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRAÇO ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO
RAIO-X REALIZADO DATA ____/____/20____ Técnico: _____

Diagnostico Inicial: ?	CID:
---------------------------	------

Exames Complementares: (1150673) - BRACO DIREITO	Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 S.M.E - HUT CONFERE COM O ORIGINAL	Thiago C. Resende Cirurgia Geral CRM - PI 6554
---	---	--

Prescrição Médica:

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

Assinatura Paciente ou Responsável

ADONIRAN DE MOURA SILVA
3745 - PI Em: 07/02/2019 19:11:53



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013343/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/12/2019 14:33 Data/Hora Fim: 17/12/2019 14:42
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/02/2019 18:00

567984

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Logradouro: av. pedro freitas

Bairro: São Pedro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DANTAS ROSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Masculino

Nasc: 17/07/1993

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francineide Dantas Rosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 066.595.583-90

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: AV. GIL MARTINS

Bairro: SÃO PEDRO

Nº: 293

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 036.691.663-78	Placa PIK9924
Renavam 01055499790	Número do Motor SA8875B526575B
Número do Chassi 9C2JC4110FR200814	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 09/07/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maycon Dantas Rosa	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013343/2019

RELATO/HISTÓRICO

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA EM MOTO E LOCAL CITADOS, QUANDO CAIU EM BURACO NA VIA; QUE, FOI SOCORRIDO POR UM TIO E LEVADO AO HUT; QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA LUZIA MARIA DE OLIVEIRA, CPF: 61675834393. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

ASSINATURAS

Francleude Lima

Francleude Lima Cordeiro Furtado

AGENTE DE POLÍCIA

Matrícula 1945629

Responsável pelo Atendimento

Maycon Dantas Rosa

Maycon Dantas Rosa

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei aqui, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 066.595.583-90 4 - Nome completo da vítima: Maycon Santos Rosa

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

5 - Nome completo: Maycon Santos Rosa 6 - CPF: 066.595.583-90

7 - Profissão: Eletricitista 8 - Endereço: Av. Ind. Gil Martins 9 - Número: 293 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Tabuleto 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64039-630

15 - E-mail: luismansergio20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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)

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

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 109.181 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

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 - PI 31/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 066.595.583-90 4 - Nome completo da vítima: Maycon Santos Rosa

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

5 - Nome completo: Maycon Santos Rosa 6 - CPF: 066.595.583-90

7 - Profissão: Eletricitista 8 - Endereço: Av. Imã, Qd. Martins 9 - Número: 293 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Tabuleta 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64039-630

15 - E-mail: leuanseguros26@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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)

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

AGÊNCIA: 4606 CONTA: 109.181 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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

Informação
dada por
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 - PI 18/12/19

* Maycon Santos Rosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Apó

344-482056086-6

10/DEZ/2019

HORA DE 16:20:46

LOT. 16.005412-5

TERM 00894

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 1606

CONTROLE: 34440301

NOME: MAYCON DANTAS ROSA

AGENCIA: 1606

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.109.181-5

DATA DA ABERTURA: 10/12/2019

LOTerias CAIXA

344-482056086-6

1ª VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711675

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

Data do Acidente: 07/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYCON DANTAS ROSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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

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: **MAYCON DANTAS ROSA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **00000109181-5**

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.



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711675

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

Data do Acidente: 07/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYCON DANTAS ROSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711675

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

Data do Acidente: 07/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAYCON DANTAS ROSA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: MAYCON DANTAS ROSA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502 003

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 7390
SAME - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL

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".



ORTORAR

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NYE 16:00
09/12/19

Imp: 07/02/2019 19:11:54
(User: ADONIRAN)
(Estação: CONSULPA01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MAYCON DANTAS ROSA		Prontuário: 502003
Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA		Pai:
End.Resid.: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/07/1993	Idade: 25a6m21d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: 704207257084586	Fone: 86-99424-9799
Profissão: ELETRICISTA	Documento: CPF: 066.595.583-90	
S. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idigo: 706574	Entrada: 07/02/2019 18:52:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HA + 30MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C FERIMENTO,MCE,ESCORIAÇÕES EM MMII.NEGRAS OUTRAS QUEIXAS.(SIC) BAIXO USO DE CAPACETE.(SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 07/02/2019 18:58:09

SSVV: (Hora: ____:____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA, REFERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AERIAS PÉRIAS, FÁSICO

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;

C) SNE, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;

D) PUPILAS ISOCÓRICAS E POUCO FOTORREAGENTES. GLASGOW 15

E) BRAÇO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRAÇO ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO

RAIO-X REALIZADO

DATA: ____/____/20

Técnico: _____

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1150673) - BRAÇO DIREITO

torax e abdome

Thyago C. Resende
Cirurgia Geral
CRM - PI: 6854

Prescrição Médica:

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
----------------------------	-----------------------------	------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

ADONIRAN DE MOURA SILVA
3745 - PI Em: 07/02/2019 19:11:53

**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

OR 70 R 01

BOLETIM DE ENTRADA (BE)NYCO 16:00
09/2/19Imp: 07/02/2019 19:11:54
(User: ADONIRAN)
(Estação: CONSULTA03)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MAYCON DANTAS ROSA		Prontuário: 502003
Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	Pai:	
End.Resid.: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/07/1993	Idade: 25a6m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-99424-9799
Responsável: O MESMO	CNS: 704207257084586	Documento: CPF: 066.595.583-90
Profissão: ELETRICISTA	E.Civil: Solteiro(a)	
G. Instrução: Fundamental Completo		
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 706574	Entrada: 07/02/2019 18:52:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
Informe Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 30MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C FERIMENTO,MCE,ESCORIAÇÕES EM MMII.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)		Em: 07/02/2019 18:58:09 CLESIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 134833

SSVV: (Hora: ____:____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA, REFERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;

C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, Pelve ESTÁVEL;

D) PUPILAS ISOCÓRICAS E POUCO FOTORREAGENTES. GLASGOW 15

E) BRACO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRACQ ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO

RAIO-X REALIZADO

DATA: ____/____/____

TÉCNICO: ____

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1150673) - BRACO DIREITO

+ Torax + Rbme

Thyago C Resende
Cirurgia Geral
CRM - PI: 6654**Prescrição Médica:**Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL**Motivo da Alta/Encerramento:**

Conservação (Adulto)

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

ADONIRAN DE MOURA SILVA
3745 - PI Em: 07/02/2019 19:11:53

Ortopedia 10:30

Yohu fellos do
mulo e - pedras
aparece olivares?

As outras coisas
infinitas

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305



Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 7390
SAME - AUT
CONFERE COM O ORIGINAL



centro cirúrgico

William Dumas Rose

Ex. Exista la Olvono D)

Luc Colomb D

In Wildlife

3° Assistente

Anestesiita

Anestesiista *U. K.*

Anesthesia

Anesthesia *Spinal Block + sed*

Início

Firm

O. m.



New Haven

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) 1st in 11th vol Rgn. Br. Regnet
- 2) Muralgases + Agn + Cyn. exim
- 3) First implies of fun to heretic
- 4) Dabridant + Improv exim (1. 1889)
- 5) Just pte + Cyn. exim
- 6) 1st pte-poles MSN

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

~~CONFIDENTIAL~~

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO		
DATA: 07/02/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3	TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	Cº	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS	Blycio do Pto + Jodo				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS	Antonio Lino 1502					
Joana Lúcia Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARTICULARIDADES						

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Mayon Santos Rosa IDADE 26 anos DATA 07/02/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 22:30 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUEL BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura cotovelo D CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>143/72</u>	<u>138 x 78</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>107</u>	<u>96 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		<u>36.9</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		<u>22</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Thelane Ribeiro</u> <u>Téc. de Enfermagem</u> <u>COREN 377535/ENF</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR			ADMISSÃO		SAÍDA	
MOVIMENTAÇÃO	Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☒
	Movimenta dois membros	1	1	☒	1	☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☒	0	☒
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☒	1	☒
	Tem apnéia	0	0	☒	0	☒
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☒	1	☒
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☒	0	☒
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☒
	Desperta, se solicitado	1	1	☒	1	☒
	Não responde	0	0	☒	0	☒
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☒	1	☒
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☒	0	☒
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>08</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>plena</u>		

Raquel Mendes Pinheiro
COREN 377535/ENF

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

22:30 Admitido na SRPA em PVE de fratura cotovelo D. Semelhante
Exame físico em PVE. HU. Paciente - etc. Plena
US "DRE"
23:15h Recebi alta anestésica, encaminhado para ortopedia.

Raquel Mendes Pinheiro
COREN 377535/ENF

Josiana Laine Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HU
CONFERE COM O ORIGINAL

RAQUEL X
DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SAÍDA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()



FUN DAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

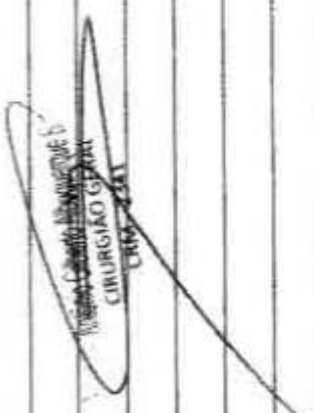
PRESCRIÇÃO MÉDICA

puth

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MAYARA Doute ROSE			Ortopédica		230/225	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
07/02/19	POI # Fz de Olerona 2 # Fz Roda dental B					00h) admitido para re- tr, prescrição de SPRA em POI em setembro.
1	Dietta oral livre após efeito anestésico					Bce, convulsão, queda -
2	SG 5% 1000ml + SF 0,9% 1000 ml EV EM 24H					do, fãtico, supunco. Bce,
3	Keflin 1g + AD EV 6/6h					convulsão e convulsão -
4	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h					dados de com PE. 2023
5	Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h					
6	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS					
7	Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS					
8	CLEXANE 40 SC 1X DIA					
9						
RX CONTROLE						
Joana Luiza Mendes de Menezes Matrícula 27390 SAMUEL HUT CONFERE COM O ORIGINAL						



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		CLÍNICA		ENF. ou APT		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE	
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.		HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
CÓDIGO											
09		PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO									
02											
19		 JOANA LUISA MENDES DE MESQUITA CIRURGIÃO GERAL CRM 23.1									
		Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SANE - HUT CONFERE  ORIGINAL									



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 07/02/19

NOME DO PACIENTE:	Wlanyson Junior Rosa	PRONTUÁRIO Nº:	502.003
DIAGNÓSTICO:	F - de Glândula D Externa	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Wlanyson	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Dr. Wilson L. Costa	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Wlanyson	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	04		LUVA Nº 6,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.		—		Chlorhexidina alcoolica		± 200ml	
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.		—		— 1 —		Dequimate - ± 300ml	
CAT.GUT.CROMADO C/AG.		—					
CAT.GUT.CROMADO S/AG.		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON nº 2-0		01					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL		—		CIRCULANTE:	Enqueto		
PROLENE		—					

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 175471	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100090581	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MAYCON DANTAS ROSA	NASCIMENTO 17/07/1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 502003
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE FRANCINEIDE DANTAS ROSA	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO AV GIL MARTINS			NUMERO / LOTE 393
BAIRRO SAO PEDRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DOR BILATERAL NO PUNHO E FRATURA EM COTOVELO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TRATAMENTO CIRÚRGICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RX

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

WILANELO LIMA COSTA

CPF: 8046.468387

CRM:

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

07/03/2019

DATA ADMISSÃO

07/02/2019 18:52

DATA ALTA

09/02/2019 08:25

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

Joana Luisa Mendes Mesquita
Matrícula: 47390
SAME HUT
SEM O ORIGINAL

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

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS
CPF: 09623442308 CRM:

DATA ANALISE: 07/02/2019 22:34:35

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLÉ AVILAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH):

232610

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175471

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

23261

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MAYCON DANTAS ROSA

6 - Prontuário: 502003

7-CNS: 704207257084586

8-Nascimento: 17/07/1993

9-Sexo: Masculino

CPF: 066.595.583-90

11-Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA

12-Fone: 86-99424-9799

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Sem Informação

15-End: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Prontuário de acidente de trabalho
exat o do Boleto em parte de 17/07/19*

21 - Condições que justificam a internação: em estado de

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

23-Diagnóstico Inicial:

Aumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prim:

T009

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0413040178

TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

29-Clinica:

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

02

01

CPF

804.614.683-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

WILANILDO LIMA COSTA

34-Data Solicitação:

07/02/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-) Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

Joana Lúcia Mendes de Sá

Matricula: 47390

38-) Acidente Trabalho Trajeto

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vinculo com a Previdência:

CONFERE COM ORGÃO

) Empregado

) Empregador

) Autônomo

) Desempregado

) Aposentado

) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

) CNS

) CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 706574

Consulta SUS:

201319
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
Matr. 47390-12004



232701

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

CS 175882

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	232701

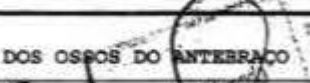
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MAYCON DANTAS ROSA			6 - Prontuário: 502003
7-CNS: 704207257084586	8-Nascimento: 17/07/1993	9-Sexo: Masculino	CPF: 066.595.583-90
11-Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	12-Fone: 86-99424-9799		
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Sem Informação		
15-Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
FRATURA DO RÁDIO DISTAL E + OLECRANO D			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
AS ACIMA.			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
EXAME CLINICO.			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u>	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:
Fratura da extremidade distal do rádio	S525		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29-Cod.Proced.: 0408020407	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO			Tempo SUS: 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 809.651.803-87	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	34-Data Solicitação: 09/02/2019			
				35-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto	Matrícula: 47390		
45 - Vínculo com a Previdência:	CONFERIR COMO ORIGIN		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documeto:	49-Num. Documento:
() CNES () CPF	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (AMPARO LEAL) Consulta Local: 706574 Consulta SUS:

Marcondes M. S. Moura
Médico Auditor - FMS 7 Teresina
Ass. Carimbo (Rg.Conselho)



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-CNES

5828856

Código da
Internação

4-CNES

5828856

232701

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1- Nome: **MAYCON DANTAS ROSA**

6 - Prontuário: **502003**

7-CNS: **704207257084586**

8-Nascimento: **17/07/1993**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **066.595.583-90**

11-Mãe: **FRANCINEIDE DANTAS ROSA**

12-Fone: **86-99424-9799**

Resp: **(O MESMO)**

14-Fone:

13-Endereço: **AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010**

15-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proced. Anterior

0408020407

18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

21-Cod. Mudança Proced.

0415030013

20 - Mudança de Procedimento / Descrição

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

22-CID Prim: **26-Diagnóstico:**

?

28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

09/02/2019

40-No. Doc. Méd. Solic.:

809.651.803-87

41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura em rádio distal E e olecrano D, realizado tto cirúrgico **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO 0408020407** S525 + **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO 0408020415** S520

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

Joana Lúcia Mendes de M...
Matrícula: 1720
SAME - HUT
CONFERE COM O ORF

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

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

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

130319
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CEM-PI 250 - CNS 17026395120001
53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANA QUEIROZ)



Dr. Bergiel FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina

230/225



Prefeitura de
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Maycon Dantas Rosa

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

Hb 14,2
PA = 108 x 72 mmHg
TAX = 36,8 °C

Data: 09 de Fev de 2019

Enfermeiro responsável: _____

[Assinatura]
COREN-PI 326

Joana Lúcia Mendes de Albuquerque
Mantida: 47350
SAME - HUT
CONFERE COM O OT



NOME Naylon Santos Rosa IDADE _____ anos DATA 09/02/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 35 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fístula atada e punho CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>169/85</u>	<u>136/71</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>91</u>	<u>88</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Salute</u>	<u>Carlene</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

() SONDAS VESICAIS	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:35h Admitido no SRPA no pós de fístula atada e punho. Satisfeito de anestesia geral. Lúcido. Respirando espontaneamente. Bom estado geral. Pressão arterial 170/90.

11:50h Monitora os sinais vitais de acordo com 7ml de O₂; Faz 4ml de ACV.

Joana Lúcia Almeida de Jesus
Matrícula: 2390
SANE-RO
CONFERE COM O

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 6919

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. () UTI () IPED () NEURO () GERAL () M. () QUIEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



NOME DO PACIENTE		MAYCON DANTAS ROSA		PRONTUÁRIO	502003	DATA NASC	17/07/1993	IDADE	25	CLÍNICA	Ortopédica	ENF. OU AP	230	LEITO	225	MÉDICO ASSISTENTE	
PRESCRIÇÃO MÉDICA																	
DI	07/02/2019	FRAT EXP OLECRANO D+ FECH PUNHO E															
10/02/19																	
1	Dieta oral livre																
2	Gelco salinizado																
3	cefalotina 1g+ AD EV 6/6h																
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs																
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs																
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs																
7	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN																
8	Curativos diários																
9	Cuidados gerais e sinais vitais																
10																	
Joana Lúcia Borges de Sá Médica SAE - HUT CONFERE COM O ORIGINAL																	
Dr. Giordano Grossenberger / Dr. Yuri Ivago Felix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia																	
CRM3415-SP / OT10029 / CRM42308 / CRM3766-TEOT:11305 / CRM3367																	

RECEBEMOS DE PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.007.302
SÉRIE 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA
Av. Frei Serafim, 1898-Salas 01e03, - Centro
CEP: 64000-020 - Teresina - PI
TEL: (86)3217-3490 - FAX: (86)3217-3490
protepi@protepi.com

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.007.302 FL. 1/1
SÉRIE 1

CIA VE DE ACESSO
2216 0512 5639 5900 0114 5500 1000 0073 0210 0073 0240

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
422160006984923 31/05/2016 16:46:08

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
12.563.959/0001-14

NATUREZA DE OPERAÇÃO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL
154791548

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RAZÃO SOCIAL
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA - C00028

ACESSO
RUA GOV. RAIMUNDO ARTHUR DE VASCONCELOS, -

MUNICÍPIO
Teresina

UF
PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CNPJ / CPF
17.577.205/0001-37

DATA DA EMISSÃO
31/05/2016

DATA SAÍDA / ENTRADA

HORA DA SAÍDA

DUPPLICATAS

Nº DUPLICATA	DATA	VALOR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	UF	VALOR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	UF
000007302	30/06/2016	60.000,00					

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00

VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	60.000,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
PRÓPRIO - 0001

INSCRIÇÃO ESTADUAL

UF

CNPJ / CPF

PLACA DO VEÍCULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

PERO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PERO BRUTO	PERO LÍQUIDO
0,00	PROD. KIRSCHNER 1.0MM		90211020 040 5102 Und	1.250,000	12,00 15.000,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00	PROD. KIRSCHNER 1.5MM		90211020 040 5102 Und	1.250,000	12,00 15.000,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00	PROD. STERMAN 1.0MM		90211020 040 5102 Und	1.250,000	12,00 15.000,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00	PROD. STERMAN 1.5MM		90211020 040 5102 Und	1.250,000	12,00 15.000,00 0,00 0,00 0,00 0,00

NOTA FISCAL ELETRÔNICA
Matrícula: 47380
SANE - HGT
CONFERE COM O ORIGINAL

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor Aprox. Tributos: R\$ 19.254,00 (32,09%) Fonte: IBPT

Sistema: AUTOCOM - R.09f - MD5: 283c47466a3b708dc555bdf9a4b1674b

Transação: 03 / VAP / VENDA A PRAZO (NFE) - Chave: 00004200

Reditor: VAP.0000007302 - Secao: 00002853 - Usuario: CLEIDIANE (1)

Cliente: 0001 / PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA - Consultor: 0001 / PROTEPI

Observações: MEMO Nº 037/2016 EM 10/05/2016 -

RESERVADO AO FISCO



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

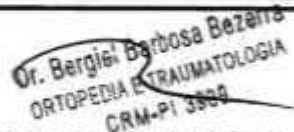
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 232701
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

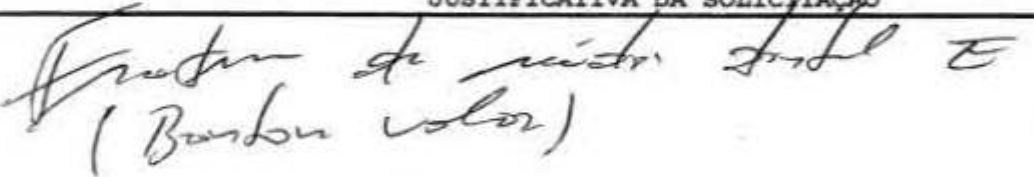
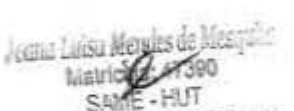
5-Nome: MAYCON DANTAS ROSA	6 - Prontuário: 502003		
7-CNS: 704207257084586	8-Nascimento: 17/07/1993	9-Sexo: Masculino	CPF: 066.595.583-90
11-Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	12-Fone: 85-99424-9799		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
15-Endere: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

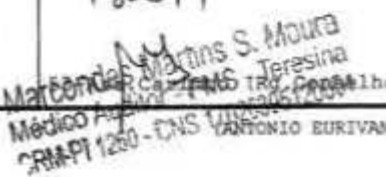
31-Cod.Proced.Princip. 0408020407	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEREÇO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030996	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3939 41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 09/02/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 809.651.803-87	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

 (Bergiel Barbosa Bezerra)	 Joana Luiza Mendes da Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT EX-126 COM 3 CONDIÇÕES
--	---

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
46-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 	52-CNS/CPF: 130319  Marcenando S. Moura Medico A CRM-PI 1250 - CNS 1250 ANTONIO BURIVAN

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 8538

SÉRIE: 1



Braga e Braga Importação e Exportação Ltda

S de Maio, 651 -

Pacoti, 60902-708

RIO BRANCO - AC

Fone/Fax: 0832266037

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal EletrônicaSaída: 1
Entrada: 2

1

Nº 8538

SÉRIE: 1

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO DA NF-e

1219 0383 8077 9000 0198 5500 1000 0085 3810 0041 3190

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda para não Contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0101804000124

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e

312190000888651

DATA/HORA AUTORIZAÇÃO

12/03/2019 15:19:06

DESTINATÁRIO/REMETENTE

CNPJ

83807790000198

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

ENDEREÇO

CON RAMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015

CNPJ/CPF

05522917000170

DATA DE EMISSÃO

12/03/2019

Cidade

TERESINA

FONE/FAX

BAIRRO/DISTRITO

AEROPORTO

CEP

84076-410

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

12/03/2019

FATURA

UF

PI

ISENTO

HORA DE SAÍDA/ENTRADA

15:19:06

Nº 1º: 275,48 11/04/2019 00:00:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

VALOR ICMS

BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

VALOR DO FRETE

VALOR DO SEGURO

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

VALOR DO IR

VALOR TOTAL DA NOTA

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0 - EMISSOR

1 - DESTINATÁRIO

9 - SEM FRETE

9

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARGA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO

DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO

NCM/SH

GST

CFOP

UNID.

QTD

VL. UNIT.

VL. TOTAL

BC ICMS

VL. ICMS

VL. IPT

AUG. ICMS

AUG. IPT

PLACA EM T 3,5 MM 4X4 (INCLUI PARAFUSOS), SIGTAP

07.02.03.05-06; LOTE: 022045

90211020

040

6105

UN

1,000

275,480

275,48

00

00

00

000

000

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PACIENTE: MAYCON DANTAS ROSA; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. SERGIO BARBOSA BEZERRA CRM: 3909; PRONTUÁRIO: 982003; DATA CIRURGIA: 09/02/2019.

RESERVADO AO FISCO

João Luis Mendes de Sousa
Matrícula: 6100
SOME-PIUT
DOUERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

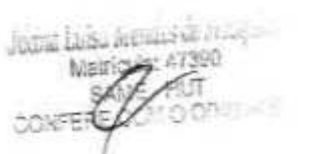
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 09/02/19

NOME DO PACIENTE: <u>Maycon Junior Rosa</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Pr de glândula</u>	CIRURGIA: <u>Rajis</u>
ANESTESIA: <u>Qual</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Bergia Ramosa Bezerra</u> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 12220	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dra. Deiane</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Berle</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30x8	UNID.	-		LUVA Nº <u>70</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA 40x12	UNID.	-		LUVA Nº <u>7-5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		<u>crepon</u>	<u>ml</u>	<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: <u>Escone ml 02</u> 			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	<u>ml</u>	<u>02</u>		ENFERMARIA: <u>Jalysa</u>			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Estivione</u>			
VICRYL <u>1-0</u>	<u>ml</u>	<u>02</u>					
PROLENE							



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 09/04/09

NOME DO PACIENTE: <u>Maycon Santos</u>	PRONTUÁRIO N°: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de fêmur</u>	CIRURGIA: <u>osteotomia</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Bergiel Barroso</u>	N° DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Bergiel Barroso</u>	CPF N°: _____
AUXILIAR: _____	CPF N°: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Debona</u>	CPF N°: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Bele</u>	CPF N°: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x7	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA N° 2.0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	03		LUVA N° 2.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	200		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N° 10	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETERAL	UNID.	01	
JELCO N° 20	UNID.	01		Algodão	unid	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				crepomar	unid	03	
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				crepomar	unid	02	
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	unid	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	unid	01		CIRCULANTE:			
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Jesus
Matrícula: 4390
SANTA
INFERE COM O



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Maycon Santos Pereira
Diagnóstico pré-operatório frat. de rádio distal E (Barton volar)
Operação - Tipo Osteossintese
Cirurgião Dr. Bergler Barbosa Bezerra
2º Assistente Dr. Bergler Barbosa Bezerra
1º Assistente
3º Assistente
Instrumentador(a) Blair
Anestesiologista Dr. Debrana
Anestesia geral

Data da Operação 09/02/15
Início
Fim
Diagnóstico Pós-operatório
0108020407 - 5525
placa T

Relatório Imediato do Patologista
Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em MM sup decubito ventral.
Assepsia e antisepsia; campo estéril.
incisão volar em punho E,
Passo de fixador do rádio distal E com
placa "T" 3,5mm;
Fechamento por pluma;
Curativo

Dr. Bergler Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909

Jornal de Análise de Saúde
Matrícula: 47360
SANE - HUT
TOMARE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 175882	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100093970	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MAYCON DANTAS ROSA	17/07/1993	M	502003
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE FRANCINEIDE DANTAS ROSA		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	RESPONSÁVEL O MESMO		
64000010	AV GIL MARTINS	NUMERO / LOTE 293		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
SAO PEDRO		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DOR BILATERAL NO PUNHO E FRATURA EM COTOVELO ESQUERDO	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) TRATAMENTO CIRÚRGICO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0428020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) WILANILDO LIMA COITA CPF: 80461468387
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/02/2019
DATA ADMISSÃO 09/02/2019 08:25	DATA ALTA 10/02/2019 07:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	
CRM:	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)						
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO	
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 04613442300	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR / AVALIAÇÃO / AUDITORIA SALVE JANE Márcia: 47390 SALVE JANE Márcia: 47390 SALVE JANE Márcia: 47390
CRM:	DATA ANÁLISE: 20/02/2019 15:56:11
CPF	CRM
DATA ANÁLISE	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:
--

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 175882
AIH: 2219100093970

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MAYCON DANTAS ROSA

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

FRANCINEIDE DANTAS ROSA

NASCIMENTO

17/07/1993

PRONTUÁRIO

502003

SEXO

M

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

64000010

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

AV GIL MARTINS

NUMERO / LOTE

293

BAIRRO

SAO PEDRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

CÓDIGO

0408020407

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓDIGO

0415030013

DIAGNOSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

CID 10 PRINCIPAL

S525

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura em rádio distal E e olecrano D, realizado no cirúrgico TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO 0408020407 S525 + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO 0408020415 S520

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016281787957

DATA SOLICITAÇÃO

26/02/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PLINIO DOS SANTOS MACEDO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

170416319050008

26/02/2019 10:05:52

João Luiz de Jesus
Médico
SAMU HUT
CONFERE COM O ORGÃO



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Maycon Dantas Pires

Diagnóstico pré-operatório

fratura de olecranon ?

Operação - Tipo

osteossintese

Cirurgião

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Brené

Anestesista

Dr. Di Pora

Anestesia

geral

Anestésico(a)

Data da Operação

09/02/15

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0908020415 -
6 02 2015

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NOTA: Este relatório é original
Módulo 1/2015
SAE HUT
CONFERIR COM O ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Deu-se um pequeno corte na pele.
Assim, a artrose; com a técnica
técnica de fratura do olecranon com "bancada
de Tenon".
Fechando por planos.
Curativo

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706574
Requisição: 919441 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
Controle: 1150673 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 07/02/2019

BRACO DIREITO

Estudo radiológico do braço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 28/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

Assinatura do Médico Responsável
Médico: Gerson Luis Medina Prado
SAÚDE - HUT
CONFERE CCM/0-04/04/19



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706574
Requisição: 919442 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
Controle: 1150674 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 07/02/2019

TORAX PA

Exame radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MADIÁSTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

JOAO ANTONIO
MEDIADO
SAO PEDRO
CONFERE

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE MAYCOL ALVES ROSA					Nº DE REGISTRO 232761	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA ASA I BCU AVEGAS / de 2m CO2 (mapa 20)						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS						
TEMPERATURA T						
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS 60ml Bimucador				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES				Joana Luiza Mendes de Azeite		
CIRURGIÕES Dr. 1306162				Matrícula: 47390		
ANESTESISTAS Dr. Nilton Loguini Ros				SATE - HUT		
Procedimento anestésico em UTI neonatal				CONFERE COM O ORIGINAL		
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

Dr. Delfino Aguiar Dias
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 7173

09/08/2018

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SÃO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706574
Requisição: 919442 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
Controle: 1150575 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 07/02/2019

PELVE

O ESTUDO RADIOLOGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.

- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS, SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.

- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

JOÃO LUIS MEDINA PRADO
Médico
SANE - PI
CONFERENCIAL


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3216 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA (Prontuário: 502003)**
 Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706574
 Requisição: 919452 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
 Controle: 1150700 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 07/02/2019

COTOVELO DIREITO

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

- Fratura no olécrano.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Fratura no olécrano.

LUIS CEZARI

TERESINA - PI 28/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

JUAN LUIS MEDINA PRADO
 Médico Radiologista
 HUT - PI
 CONFERIR COPY



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

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232610
Requisição: 919511 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1150808 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 07/02/2019

COTOVELO DIREITO

Estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no olecrânio.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no olecrânio.
- Partes moles sem particularidades.

MANDI SILVA

TERESINA - PI 04/05/2019

Assinatura Médica
MEDI
SIME - HUT
CONFIRMAÇÃO

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-776 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232610
Requisição: 919511 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1150809 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 07/02/2019

PUNHO DIREITO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Assinatura: [Assinatura]
Data: 07/02/2019
Selo: [Selo]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232701
Requisição: 920007 Solicitação: 09/02/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 1151696 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 09/02/2019

COTOVELO DIREITO

estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
as seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no olecrano.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no olecrano.

TERESINA - PI 05/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

DATA DE EMISSÃO: 09/02/2019
MÉDICO: Gerson Luis Medina Prado
SANE - HUT
CONFIRMAÇÃO


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
 Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232701
 Requisição: 920007 Solicitação: 09/02/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
 Controle: 1151697 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Data Exame: 09/02/2019

Cod. SIA: 0204040124

PUNHO ESQUERDO

Exame radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no rádio distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no rádio distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Recebido em
 09/02/2019
 SAU-201
 1151697

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYCON DANTAS ROSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000109181-5

Nr. da Autenticação 26B32BE5A83BF750

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Maycon Dantas Rosa</u>		
RG: <u>3713229</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPI/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>04/12/19</u>
CPF: <u>066.595.583-90</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Eletricista</u>
ENDEREÇO: <u>Av. Imol Gil Martins</u>		Nº: <u>293</u>
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>	BAIRRO: <u>Tubuleta</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u></u> TELEFONE: <u></u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Maycon Dantas Rosa

Data do acidente de trânsito: 07/02/19

Cobertura da vítima: Invalididez

LOCAL / DATA: Teresina, 14/12/2019

x Maycon Dantas Rosa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

ARTURIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICA E VERDADEIRA
DOU: FE. EM: TEST. DA: VERDADE
TERESINA-PI, 12/12/2019.
www.3pis.jus.br/portalecra
Materia do Sogorco de Carvalhos de Santa-Escritinha Autenticad
Empl.3, 95 1070,77 F03P/PI0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:
Procuração particular DPVAT.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461452/19

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

CPF: 066.595.583-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYCON DANTAS ROSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MAYCON DANTAS ROSA : 066.595.583-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711675 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DANTAS ROSA **Data do acidente:** 07/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA OLECRANO DIREITO.
FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-5-6-11-13-14-21-25-28-31

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO E PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO COTOVELO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461452/19

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

CPF: 066.595.583-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYCON DANTAS ROSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MAYCON DANTAS ROSA : 066.595.583-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa