



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisco Silva dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 513508

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

HUT
BUCCO**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 09/06/2019 10:32:13

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS		Prontuário: 513508
Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS	Pai:	
End.Resid.: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 16/05/1993	Idade: 26a0m24d	Sexo: Masculino Fone: 86- -
Responsável: ANTONIA SILVA DOS SANTOS		CNS: 704105127038478
Profissão:		Documento: RG: 3361818 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 725612	Entrada: 09/06/2019 10:15:48	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

TOMOGRAFIA REALIZADA

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM FACE	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: pct vítima de acidente de motocicleta com dor+edema em região zigomática esquerda e limitação em abrir a boca sat 99 q:15 neq: alergia		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 09/06/2019 10:20:44

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 VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, HÁ 10HS, SEM USO DE CAPACETE. TRAZIDO PELO SAMU. REFERE EPISTAXE E DOR AO ABRIR A BOCA. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS OU VOMITOS, CEFALIA.

- A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT 02: 99
C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELLE ESTÁVEL. PULSO: 85
D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII
E) FERIMENTO SUTURADO EM COURO CABELUDO; EDEMA MANDIBULAR À ESQUERDA, ESCORIAÇÕES EM JOELHO DIREITO.

Diagnóstico Inicial:**CID:****Exames Complementares:**

- (1235897) - T.C. DE FACE
(1235898) - T.C. DE CRANIO

Prescrição Médica:**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: / /**HORA:** :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 09/06/2019 10:32:12



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/06/13

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO SILVA SANTOS	PRONTUÁRIO Nº: 513508
DIAGNÓSTICO: FRATURA COXME	CIRURGIA: OSTEOTOMIA DA FRATURA COXME
ANESTESIA: GERAL	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: LAURINDO BRITO	CPF Nº: 065559773-53
AUXILIAR: RESIDENTES	CPF Nº:
ANESTESIA: DR. ADRIANO	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: FABIANA	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	09	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL 12	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	-		Lâmina 15	-	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elétrico	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Exovas	-	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				micropore	-	80cm.	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 5.0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 3.0	02			CIRCULANTE:			
PROLENE							

mononylon 2.0 - 01

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Frediano Silva dos Santos IDADE 60 anos DATA 10/06 /2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA: Y GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Ortomaxila com CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO						
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	75'	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	117/83	128/62					140/69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	95	99					91
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	90.1	98.1					100.1
TEMPERATURA AXILAR (°C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/MATRÍCULA	<u>Joana</u>						<u>12</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	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			
ESCALA DE DOR ALTA			ASS			

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

19.15h. Admitido em SRPA em PAI de Ortomaxila com, não anestesia geral, bom estado, respirando, RM guardas. Joana CH. 86

20.30h. Alta SRPA. Joana CH. 86

RESCRIÇÃO MÉDICA

ACAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS [] TOMOGRAFIA []
 OSTO [] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] JOEIM CLÍNICA [] PED [] JORT [] NEU [] CIR [] MÉD

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

Médico Anestesiologista

CRM 3565



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 48260 - Sm: (10/06/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dr. Naso. Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:										
240774	513508	FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	2163V	EXTRA 02	LAURINDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR										
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:													
Hora: 07:00		2DIH: FRATURA MAXILA ESQUERDA/ ARCO ZIGMÁTICO ESQUERDA/ FRONTOZIGMÁTICO ESQUERDO													
Alergias:		Relatório de Enfermagem:													
NEGA		15:40h Encaminhado													
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose: Unid.:		Via:		Int.:		Recons:		Dil. Vol.:		Horários:	
Dieta		ORAL TIPO LÍQUIDA PASTOSA, <i>Alimentação por sonda</i>		Elen Pimentel Visto Nutricionista 01/06/2019		1,00 Frasco		EV		24/24h					
1		CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO				1,00 Frasco		EV		6/6h					
2		CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.				1,00 Ampola		EV		12/12h					
3		DEXAMETASONA 4MG/ML, INJ 2,5ML				1,00 Ampola		EV		6/6h					
4		DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.				1,00 Ampola		EV		8/8h					
5		RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.				1,00 Ampola		EV		12/12h					
6		TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.				1,00 Ampola		EV		8/8h					
7		BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. Em caso de vômito				1,00 Ampola		EV		8/8h					

Observações Gerais:

SSVV + CCGG DE 6/6HS
BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%, 2X AO DIA, 15mL DE SOLUÇÃO EM CADA BOCHECHO.

Alta Hospitalar
11/06 às 07:55

Raimundo Nejo Junior
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Bucal-Maxilo-Facial
CRM-PI 3621

TOMOGRAFIA REALIZADA

DATA: 10/06/2019 HORA

EXAME: Tomografia

TECNÓLOGO: D. D. 20:50h



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente **FRANCISCO SILVA SANTOS**
Diagnóstico pré-operatório **FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR (E)**
Operação - Tipo **OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR (E)**
Cirurgião **LAURINDO BRITO** Laurindo de Sousa Brito Junior
Ortopedia e Traumatologia Bucomaxilo Facial 1º Assistente **JOÃO (Residente)**
2º Assistente **MARISA (Residente)** 3º Assistente **LETICIA FRANKLIN (Residente)**
Instrumentador(a) **FABIANA** Anestesista **DR. ADRIANO** Anestesia **GERAL**
Anestésico(a)

Data da Operação **10/06/19** Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório
FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR (E)

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

(1) Antissepsia (2) Anestesia (3) Incisão + dissecção para acesso as fraturas fronto zigomática e infraorbitária.
(4) Incisão + dissecção menor p/ acesso a fratura após de pilas zigomáticas (5) Osteossíntese das fraturas com 03 miniplacas de 1.5 e 12 parafusos.
(6) Suturas (7) Curativo.

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
10/06/14	135 x 75	78	18		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	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	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS	EFEITOS	
				TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				INFERNO 300
	1 2 3				1000 20
	SO-UTO 500				2400 50
LÍQUIDOS	SANGUE 300				GEFASOLINA 2
	200				200 100
	OUTROS 100				DEXAMETASON
TEMPERATURA	Cº	260			DEPRACOL
		240			SEQUENCIAL
		2			2 X TRA 40
P. ARTERIAL	38	200			FRANCA 2
V		180			200 100
O		160			
PULSO		140			
		120			
INÍCIO E FIM ANESTESIA		100			
X		80			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60			
		40			
RESPIRAÇÃO		20			
O		10			
SÍMBOLOS				DURAÇÃO	
TÉCNICAS	ANESTESIA GEMEL				INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	FUNDAMENTO CIRURGICO DE PRATICA DE				
CIRURGIÕES	Dr. LAURINDO				
ANESTESISTAS	Dr. ADRIANO 1. CORRADO				
					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
PARITICULARIDADES					



86 3305 6005
comercial@medicallifehospitalar.com
www.medicallifehospitalar.com
Av. Odilon Araújo, 475 - Píçarra,
CEP: 64.017-280, Teresina- PI
1.780/0001-00 | Ins. Est.: 19.493.633-3

COMUNICAÇÃO DE USO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Convênio: _____ Local: _____

[illegible]

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Lauro de Sousa Brito Junior
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial
CRB - 450

Date: 10 / 06 / 19

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

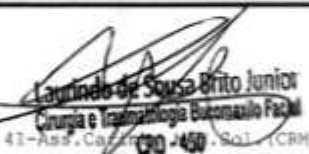
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	240774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS				6 - Prontuário: 513508					
7-CNS:	704105127038478	8-Nascimento:	16/05/1993	9-Sexo:	Masculino	RG:	3361818-	SSP PI-Exp:	
10-Mãe:	ANTONIA SILVA DOS SANTOS				12-Fone:	86-	-		
13-Resp:	ANTONIA SILVA DOS SANTOS				14-Fone:	86-	-		
15-Ender:	POV STA LUZ - ZONA RURAL - CEP: 64000-010								
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0404020526	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 3
Fornecedor da OPM: MEDICAL LIFE		

38-Profissional Responsável: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA	40-Tp. Documento: CPF	 Lauro de Sousa Brito Junior Cirurgião e Traumatologia Bucomaxilo Facial 41-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
Data Solicitação: 10/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 778.713.833-53	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Devido a fraturas do complexo órbita zigomático maxilar esquerdo foi necessário o uso de 03 miniplacas de 1.5 e 12 parafusos.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 22/06/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria ORCAMPAS CRM-PI 189-07-0153058-9 CNS 3361818- SSP PI-Exp:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)





PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Francisco Silva dos Santos</i>	PRONTUÁRIO <i>513508</i>	D. NASCIMENTO <i>16/05/93</i>	CLÍNICA <i>Sala Vert.</i>	ENF. OR. APT. <i>WAP</i>	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Fratura maxilar e + hco pneumotórax e + hco pneumoperitônio</i>	ALERGIAS	HORÁRIO <i>Negativo</i>	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE BUCOMAXILO		
DATA: <i>09/06/19</i>	HORA: <i>11:00</i>		OBSERVAÇÕES		
1) Dieta líquida pastosa			14:00 Realizado AVP Max n: 20		
2) SF 0,9% 1000 ml, EV para 24h			14:55 - <i>Micaela P. da Silva</i> TÉC. DE ENFERMAGEM COREN - PI 836.255		
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h			14:03 Paciente internado pela Bucomaxilo por fratura de maxila e pneumotórax. E concentra-se em curativos. Nega dor nas costas e alívio - <i>Gicoulhao P2</i>		
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h			18:00 PF. 13x8. P. 75 Nbs		
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h					
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h					
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
9) SSVV + CCGG					
Assinatura do Médico: <i>Dr. Manoel Dantas</i> Assinatura do Enfermeiro: <i>Enf. Gicoulhao P2</i> Assinatura do Técnico de Enfermagem: <i>Enf. Gicoulhao P2</i>					



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Francisco Silva dos Santos

- ☐ 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.

PA: 152/104
P: 90 bpm.

Data: 10 de junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____

[Assinatura]



SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuário:

513508

Internação:

240774

Nome: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS**

End. Resid.: POV STA LUZ - ZONA RURAL

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 16/05/1993	Idade: 26a0m24d	Estado Civil: Ignorado	Profissão:
Internação		Alta		Permanência
Data 09/06/2019	Hora 13:12	Data 11/06/19	Hora 07:51	

Diagnósticos: *FRATURA do Complexo Orbits ZIGOMÁTICO MAXILAR (E)*

Cod. CID:

S	O	2	4

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES: *CEFALEXINA, DEXAMETASONA, DILORON, RANITIDINA, TENOXILAN*

CIRURGIA: Data: *10/06/19* Tipo: *OSTEOSSÍNTESE da FRATURA do COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR (E)*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 647701928	Nº REGULAÇÃO: 77393	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MILTON DE ÁREA LEAO - (86) 3235-2074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS		NASCIMENTO: 16/05/1993

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM CAPACETE HÁ 2 HORAS APRESENTANDO DOR E EDEMA EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA E LIMITAÇÃO PARA ABRIR A BOCA. HD: FRATURA DE ZIGOMÁTICO? SOLICITO REGULAÇÃO PARA BUCOMAXILO NO HUT.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO CRÂNIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NÃO ESPECIFICADA.

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 69bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 13rpm

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 09/06/2019 02:49:49

Dr. Antonio Cheslyn de Souza
Médico
CRM-PA 6673

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



FICHA DE ADMISSÃO



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

Prontuario:
513508
Internação:
240774

Nome: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS**

End. Resid.: POV STA LUZ - ZONA RURAL

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 16/05/1993	Idade: 26a0m24d	Estado Civil: Ignorado	Profissão:
Admissão: 09/06/2019	G. Instrução: Não informado	Fone: 86- -	Cartão SUS (CNS): 704105127038478	Procedência: TERESINA

Pai:

Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS

Cônjuge:

Responsável: ANTONIA SILVA DOS SANTOS

End. Responsável: POV STA LUZ - ZONA RURAL
TERESINA - PI

64000-010

Documento: RG: 3361818 - SSP PI

Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

paciente vitima de acidente de transito, refere-se dor epistaxe, e dor ao abri a boca

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura dos ossos maxilares e maxilares	C I D: S024
Principal:	C I D:
Intercorrência:	
Sintomas e Sinais Principais:	Causa Mortis:
	Hist. Patológico:

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPEUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICÁCIA:
() Nenhum		Principal:	() Eficaz
() Médico			() Ineficaz
() Cirúrgico		Acessoria:	() Prejudicial
() Méd. Cirug.			() Não Avaliado

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
ALTA SAÍDA:		TRANSFERÊNCIA:	ÓBITO:	
() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Tisiologia	() <48 h, estado agônico ou pré-agônico
() Melhorado	() Int. P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <48 h, SEM estado agônico ou pré-ag
() Inalterado	() Decisão Médica	() P. Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de Internação

Em: 09/06/2019

Ass. Médico

**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

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**Paciente:** FRANCISCO SILVA DOS SANTOS**Prontuário:** 513508 **Intern.:** 240774 **Dt.Nasc.:** 16/05/1993 **Doc:** RG: 3361818 - SSP PI**Responsável:****Doc.Responsável:****Procedimento:** OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO
ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR
0404020526**Data Realização:**

____/____/____

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, identificados acima, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico, descrito acima, ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços desta Unidade de Saúde.

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Principais riscos cirúrgicos:

PARESTESIA, HEMORRAGIA, DIPLOPIA.

4. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
5. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativa.
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
8. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Teresina(PI), ____/____/____

Assinatura Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Teresina(PI), 10/05/19Dr. Otávio Augusto de Sousa Brito Junior
Assinatura do Médico



240774

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

240774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

6 - Prontuário: 513508

-CNS: 704105127038478

8-Nascimento: 16/05/1993

9-Sexo: Masculino

RG: 3361818 - SSP PI

11-Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS

12-Fone: 86- -

-Resp: ANTONIA SILVA DOS SANTOS

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: POV STA LUZ - ZONA RURAL - 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:

paciente vitima de acidente de transito, refere-se dor epistaxe, e dor ao abri a boca

21 - Condições que justificam a internação:

pct necessita de tratamento

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

avaliacao do buco

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura dos ossos maxilares e maxilares

24-CID Prim:

S024

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0404020526

OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR

Tempo SUS

3

29-Clinica:

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

02 01

CPF 778.713.833-53

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA

09/06/2019

Assinado de Fabiano Brito Junior
Assessor de Autismo PREMATIS
CRM-PI 1528 - CPF: 714.913.517-9
CBO-430

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

22/06/19

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Autismo PREMATIS
CRM-PI 1528 - CPF: 714.913.517-9
CBO-430

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (HERBERT ALENCAR)

Consulta Local: 725612

Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 213198

AIH: 2219100406171

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

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

704105127038478

NOME DO PACIENTE

FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

NASCIMENTO

16/05/1993

SEXO

M

PRONTUÁRIO

513508

DOCUMENTO CPF

8632157873

NOME DA MÃE

ANTONIA SILVA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL

ANTONIA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

SANTA LUZ

NÚMERO / LOTE

s/n

BAIRRO

SANTA LUZ

COMPLEMENTO

ZONA RURAL

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, REFERE-SE DOR EPISTAXE, E DOR AO ABRI A BOCA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PCT NECESSITA DE TRATAMENTO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

AVALIAÇÃO DO BUCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020526 - OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMÁTICO-MAXILAR

LEITO/CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09/06/2019

FABRÍCIO MOREIRA SERRA E SILVA

CPF: 77871383353

CRM:

DATA ADMISSÃO

09/06/2019 10:15

DATA ALTA

11/06/2019 07:55

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES

CPF: 03834832391

CRM:

DATA ANÁLISE: 09/06/2019 14:23:25

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS** (Prontuário: 513508)
 Endereço: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/05/1993 Idade: 26a0m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 725612
 Requisição: 963546 Solicitação: 09/06/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1235897 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/06/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- AUMENTO DO VOLUME E DENSIDADE DAS PARTES MOLES DA HEMIFACE ESQUERDA E NAS REGIÕES LABIAIS.
- HEMOSSINUS MAXILAR À ESQUERDA, COM TECIDO ADIPOSEO HERNIADO NO INTERIOR DO MESMO.
- MÚLTIPLAS FRATURAS FACIAIS À ESQUERDA LOCALIZADAS EM:
 - * ARCO ZIGOMÁTICO;
 - * PAREDE LATERAL E ASSOALHO ORBITÁRIO.
 - * PAREDES DO SEIO MAXILAR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS** (Prontuário: 513508)
Endereço: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/05/1993 Idade: 26a0m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 725612
Requisição: 963547 Solicitação: 09/06/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1235898 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL PARIETO/OCCIPITAL À ESQUERDA.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS** (Prontuário: 513508)
 Endereço: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/05/1993 Idade: 26a0m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 240774
 Requisição: 964107 Solicitação: 10/06/2019 Solicitante: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA
 Controle: 1236935 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 34

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 10/06/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURA DAS PAREDES ANTERIOR, LATERAL E MEDIAL DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.
- FRATURA DA PAREDE LATERAL E ASSOALHO DA ÓRBITA.
- FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.
- HEMOSSINUS EM MAXILAR ESQUERDO, COM HERNIAÇÃO DE TECIDO ADIPOSEO PARA O LUMEN DO SEIO.
- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES EM HEMIFACE À ESQUERDA, COM ENFISEMA DE PERMEIO.
- SINAIS DE MANUSEIO CIRÚRGICO COM MATERIAL DE OSTEOSINTESE EM REGIÃO ZIGOMÁTICA/MAXILAR À ESQUERDA E NOS REBORDOS SUPERIOR E INFERIOR DA ÓRBITA IPSILATERAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS** (Prontuário: 513508)
Endereço: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/05/1993 Idade: 26a0m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 240774
Requisição: 964107 Solicitação: 10/06/2019 Solicitante: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA
Controle: 1236935 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 34

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 10/06/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURA DAS PAREDES ANTERIOR, LATERAL E MEDIAL DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.
- FRATURA DA PAREDE LATERAL E ASSOALHO DA ÓRBITA.
- FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.
- HEMOSSINUS EM MAXILAR ESQUERDO, COM HERNIAÇÃO DE TECIDO ADIPOSEO PARA O LUMEN DO SEIO.
- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES EM HEMIFACE À ESQUERDA, COM ENFISEMA DE PERMEIO.
- SINAIS DE MANUSEIO CIRÚRGICO COM MATERIAL DE OSTEOSINTESE EM REGIÃO ZIGOMÁTICA/MAXILAR À ESQUERDA E NOS REBORDOS SUPERIOR E INFERIOR DA ÓRBITA IPSILATERAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável





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

Prontuário:

513508

Internação:

240774

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS				
End. Resid.: POV STA LUZ - ZONA RURAL				
Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Sexo: Masculino	Nascimento: 16/05/1993	Idade: 26a0m24d	Estado Civil: Ignorado	Profissão:
Admissão: 09/06/2019	G. Instrução: Não informado	Fone: 86- -	Cartão SUS (CNS): 704105127038478	Procedência: TERESINA
Pai:			Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS	
Responsável: ANTONIA SILVA DOS SANTOS				
End. Responsável: POV STA LUZ - ZONA RURAL TERESINA - PI 64000-010				
Documento: RG: 3361818 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 09/06/2019	Hora: 13:12	Data: 11/06/19	Hora: 07:53	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos malares e maxilares				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <i>Osteossíntese de fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar</i>				
CID 10: <i>S204</i>				
Tratamento Realizado:				
<i>Osteossíntese da Fratura do Complexo órbito ZIGOMÁTICO MAXILAR (E)</i>				
Exames Realizados:				
<i>T.C. de face</i>				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

11/06/19
Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

1.41.319
20191003151902

MATRICULA

13650041-2

FATURA Nº

153129913

MÊS/ANO

10/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep: 64019330

LOCALIZAÇÃO
002-00026-002030

GRUPO
002

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y185035846

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	Tipo	Lido	Faturado
09-2019	Lido	21	29
08-2019	Lido	21	29
07-2019	Lido	23	29
06-2019	Lido	23	29
05-2019	Lido	23	29
04-2019	Lido	17	17

RECONHECIMENTO - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA
1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 03/09/2019
ATUAL 03/10/2019

LEITURA
238
261

CONSUMO MÊS M3
23

LEI 12.743/2012
PIS. PASEP (04,92x7,60%) = 1,73
COPINS (04,92x7,60%) = 7,97

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	Faixa de consumo (m³/mês) e (R\$)
1	0-600 00
18	25 5.7120 00
25	999999 9.8610 00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE ÁGUA - 104,92	REF.	VALOR
> Residencial-Normal	23,0 m³		104,92

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (R\$)

VENCIMENTO
15/10/2019

TOTAL A PAGAR
104,92

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2984	2965	19	1,37	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3326	3309	17	4,80	Inferior a 15
PH	2514	2474	40	6,93	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3322	14	1,38	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ES. COLIFORMES	1275	1275	0	Ausencia	Ausente
	1275	1275	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/10/2019 HORA DA EMISSÃO: 15:19

1.41.319 20191003151902

MATRICULA
13650041-2

FATURA Nº
153129913

MÊS/ANO
10/2019

VENCIMENTO
15/10/2019

VALOR A PAGAR
104,92

82690000001-7 04921535000-7 00201915312-7 99130100104-6



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proedonio da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Silva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.894.523 / 17
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Silva dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.894.523 / 17, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento:
Bairro: <u>Velha</u>	Cidade: <u>Terresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64019-330</u>	Tel. (DDD): <u>86199982-3093</u>

Local e Data: Terresina-PI 03/12/19

Maria do Carmo Proedonio da Silva
Assinatura do Declarante

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 025870646

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	20-08-2019	30	6,94

FRANCISCA COSTA DA SILVA SANTOS
R. TURVANIA S/N POV SANTA LUZ B-URBANO
CPF: 00000882242369
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 10.001.32.83.039000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	2495	Atual:	13/08/2019
Anterior:	2495	Anterior:	15-07-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12-09-2019
Consumo Medido:	0	Emissão:	12-08-2019
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	13-08-2019
Forma de Faturamento:	MINIMO	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A1807757		1.4.1.1	66

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,233476 = 7,00
JUN/19 0	DIFERENÇA DE TARIFA 13,01
MAI/19 0	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 11,99-
ABR/19 0	BÔNUS ITAIPU - ART. 21 LEI N. 1,08-
MAR/19 0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,08
FEV/19 24	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,17
JAN/19 122	
DEZ/18 107	
NOV/18 138	
OUT/18 144	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,215032	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-08-2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEMORA. Informamos ainda existiriam contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 3.294,36 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
07/2019	7,76	

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	5,40	Base de Cálculo:	20,01
Energia:	10,42	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,76	Valor do ICMS:	
Encargos:	0,86	Valor do PIS:	
Tributos:	1,57	Valor do COFINS:	1,40%
			0,28
		INDICADORES DE CONTINUIDADE	6,49%
			1,29
		DIC	FIC
		DMIC	DICRI
		Mensal	Trimestral
		Anual	Mensal
		Anual	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25
Atualizado	0,00	0,00	0,00
Conjunta			
		Período de apuração:	06/2019
			3,43

ROT: 10.001.32.83.039000

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0417421-6

6,94

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

08/2019

20-08-2019

Nº da Nota Fiscal:

025870646

FCAM

836200000000 5 06940017000 2 000000000417 6 42160819008 6



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: 058.894.523-47 4 - Nome completo da vítima: Francisco Silva dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco Silva dos Santos 6 - CPF: 058.894.523-47
7 - Profissão: lavrador 8 - Endereço: R. Turyvania pov santa luzia 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86/99982-3093

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: 0029 CONTA: 88077 9
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 03/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/06/2019 02:19:55

Usuário: CLAUDIO EULALIO

Estação: IGENTOP-ATEND

Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS		Prontuário: 29254	
Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS		Pai:	
End.Resid.: POVOADO SANTA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 16/05/1993	Idade: 26a0m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86- -
Responsável: O MESMO		CNS: 704105127038478	
Profissão: SERVENTE		Documento: RG: 3361818 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 44761	Entrada: 09/06/2019 01:20:02	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO POR MOTOCICLETA APRESENTA CORTE EM COURO CABELUDO + ESCORIAÇÕES EM FACE + MIE / NEGA DM + NAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA		BERNARDO FRANCISCO CARVALHO SAADE COREN 416.140 Em: 09/06/2019 01:24:07

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 ALCOOLIZADO SOFREU ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 HORA. NÃO ESTAVA DE CAPACETE; A : VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM COLAR CERVICAL; B : EUPNEICO, TÓRAX EXPANSÍVEL, SEM ABaulamentos ou retrações, AP : MV EM AHT SEM RA; C : ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, AC : RCR, 2T,SS, BNF, ABDOME : SEM SINAIS DE PERITONITE D : GLASGOW 15, E : FCC EM COURO CABELUDO; ESCORIAÇÕES EM FACE; REFERE DOR EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA COM DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA
 NEGA ALERGIAS

Diagnóstico Inicial: ?	Clas:
----------------------------------	--------------

Exames Complementares:

Prescrição Médica:
 SUTURA + CURATIVO
 DIFIRONA, 1 AMP, IM, AGORA
 VOLTAREN 75 MG- 01 AMP, IM, AGORA
 SOLICITO AVALIAÇÃO BUÇO-MAXILO NO HUT

Motivo da Alta/Encerramento:
 Encaminhado para Exames DATA: / / HORA: : **Leonardo Lino Martins Jr.**
 CIRURGIA GERAL
 CRM-PI 6675

Rua Saturno, 4250 Satellite - Fone: 06 3215-9176

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

Consulta: 44761

tmp: 09/06/2010 02:19:55

3

1

Fluorescein

CRM-P16675

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

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: 058.894.523-47 4 - Nome completo da vítima: Francisco Silva dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco Silva dos Santos 6 - CPF: 058.894.523-47
7 - Profissão: lavrador 8 - Endereço: R. Turvania pov santa luz 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86/99982-3093

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: 0029 CONTA: 88077 9
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 03/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012149/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/12/2019 08:18 Data/Hora Fim: 03/12/2019 08:33
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 09/06/2019 00:30

564082

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: ESTRADA VICINAL DO POVOADO CACIMBA VELHA
Complemento: ZONA RURAL

Bairro: Zona Rural Leste

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA (COMUNICANTE, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 17/06/1992
Profissão: Operador Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: MARIA DE JESUS SILVA Nome do Pai: ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 056.922.683-02
RG - Carteira de Identidade: 3221205

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: PI 112 KM 18
Complemento: RUA TABATINGA
Bairro: SANTA LUZ DE CIMA

Nº: S/N

CEP: 64.067-990

Vínculo

Amigo/Colega

Envolvido(a)

Francisco Silva dos Santos

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 16/05/1993
Profissão: Servente de Obras Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Antônia Silva dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 058.894.523-47

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: POVOADO SANTA LUZ



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012149/2019

Bairro: ZONA RURAL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 056.922.683-02	Placa PIJ9055
Renavam 01057125404	Número do Motor KC16E8F220443
Número do Chassi 9C2KC1680FR220443	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 29/07/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE A VITIMA ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA MENCIONADA, CONDUZIDA PELO COMUNICANTE, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE COLIDIU O VEÍCULO COM UM ANIMAL (VACA), QUE FOI SOCORRIDO PELO COMUNICANTE E LEVADO PARA A UPA DO SATÉLITE, PRONTUÁRIO 29254, E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT, CONFORME PRONTUÁRIO 513.508. É O REGISTRO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS

Jerônimo Soares Lima Junior

Agente de Polícia
Matrícula 0094781

Responsável pelo Atendimento

CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA

(Comunicante / Condutor)

"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 origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012149/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/12/2019 08:18 Data/Hora Fim: 03/12/2019 08:33
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 09/06/2019 00:30

564082

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: ESTRADA VICINAL DO POVOADO CACIMBA VELHA
Complemento: ZONA RURAL

Bairro: Zona Rural Leste

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA (COMUNICANTE, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 17/06/1992
Profissão: Operador Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: MARIA DE JESUS SILVA Nome do Pai: ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 056.922.683-02
RG - Carteira de Identidade: 3221205

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: PI 112 KM 18
Complemento: RUA TABATINGA
Bairro: SANTA LUZ DE CIMA

Nº: S/N

CEP: 64.067-990

Vínculo

Amigo/Colega

Envolvido(a)

Francisco Silva dos Santos

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 16/05/1993
Profissão: Servente de Obras Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Antônia Silva dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 058.894.523-47

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: POVOADO SANTA LUZ



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012149/2019

Bairro: ZONA RURAL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 056.922.683-02	Placa PIJ9055
Renavam 01057125404	Número do Motor KC16E8F220443
Número do Chassi 9C2KC1680FR220443	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 29/07/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE A VITIMA ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA MENCIONADA, CONDUZIDA PELO COMUNICANTE, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE COLIDIU O VEÍCULO COM UM ANIMAL (VACA), QUE FOI SOCORRIDO PELO COMUNICANTE E LEVADO PARA A UPA DO SATÉLITE, PRONTUÁRIO 29254, E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT, CONFORME PRONTUÁRIO 513.508. É O REGISTRO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS

Jerônimo Soares Lima Junior

Agente de Polícia
Matrícula 0094781

Responsável pelo Atendimento

CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA

(Comunicante / Condutor)

"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 origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676520

Vítima: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000088077-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676520

Vítima: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

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



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: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000088077-9

Nr. da Autenticação 57EE1416A80753A4

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: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000088077-9

Nr. da Autenticação 57EE1416A80753A4

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/06/2019 02:19:55

Usuário: CLAUDIO EULALIO

Estação: IGENTOP-ATEND

Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS		Prontuário: 29254	
Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS		Pai:	
End.Resid.: POVOADO SANTA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 16/05/1993	Idade: 26a0m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86- -
Responsável: O MESMO		CNS: 704105127038478	
Profissão: SERVENTE		Documento: RG: 3361818 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 44761	Entrada: 09/06/2019 01:20:02	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO POR MOTOCICLETA APRESENTA CORTE EM COURO CABELUDO + ESCORIAÇÕES EM FACE + MIE / NEGA DM + NAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA		BERNARDO FRANCISCO CARVALHO SAADE COREN 416.140 Em: 09/06/2019 01:24:07

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 ALCOOLIZADO SOFREU ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 HORA. NÃO ESTAVA DE CAPACETE; A : VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM COLAR CERVICAL; B : EUPNEICO, TÓRAX EXPANSÍVEL, SEM ABaulamentos ou retrações, AP : MV EM AHT SEM RA; C : ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, AC : RCR, 2T,SS, BNF, ABDOME : SEM SINAIS DE PERITONITE D : GLASGOW 15, E : FCC EM COURO CABELUDO; ESCORIAÇÕES EM FACE; REFERE DOR EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA COM DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA
NEGA ALERGIAS

Diagnóstico Inicial: ?	Clín:
----------------------------------	--------------

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

SUTURA + CURATIVO
DIPIRONA, 1 AMP, IM, AGORA
VOLTAREN 75 MG- 01 AMP, IM, AGORA
SOLICITO AVALIAÇÃO BUÇO-MAXILO NO HUT

Motivo da Alta/Encerramento:

Encaminhado para Exames DATA: / / HORA: : Leonardo Lino Martins Jr.
CIRURGIA GERAL
CRM-PI 6675

UPA DR. ANTÔNIO DIB TAURA
Rua Saturno, 4250 Satélite - Fone: 86.3215-9176
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

Consulta: 44761
Imp: 09/06/2016 02:19:55

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS		Prontuário: 29254		Local:		Leito:			
Tipo Sanguíneo:		Fator RH:		Peso (Kg): 0,00		Altura (m): 0,00		IMC (Kg/m²): 0,00	

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:																	
			HORA:	T:	P:	R/Sato2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese										
	SUTURA + CURATIVO DIPIRONA, 1 AMP, IM, AGORA VOLTAREN 75 MG- 01 AMP, IM, AGORA SOLICITO AVALIAÇÃO BUCCO-MAXILO NO HUT																			
REGISTROS DE ENFERMAGEM:																				

Leonardo Lino Martins dr.
CIRURGIA GERAL
CRM-PI 6675

SEQ.: 00275 UC: 0417421-6 DT.LEIT.: 13/08/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 2495 MINIMO TOTAL: 6,94 CARGA: A01

1.41.319
20191003151902

MATRICULA

13650041-2

FATURA Nº

153129913

MÊS/ANO

10/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep: 64019330

LOCALIZAÇÃO
002-00026-002030

GRUPO
002

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y185035846

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	Tipo	Lido	Faturado
09-2019	Lido	21	29
08-2019	Lido	21	29
07-2019	Lido	23	29
06-2019	Lido	23	29
05-2019	Lido	23	29
04-2019	Lido	17	17

RECONHECER - CATEGORIAS / TIPO TÁBUA
1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 03/09/2019
ATUAL 03/10/2019

LEITURA
238
261

CONSUMO MÊS M3
23

LEI 12.743/2012
PIS. PASEP (04,92x7,60%) = 1,73
COPINS (04,92x7,60%) = 7,97

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	Faixa de consumo (m³/mês) e (R\$)
1	0-6000 00
18	25 5.7120 00
25	999999 9.8610 00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE ÁGUA - 104,92	REF.	VALOR
> Residencial-Normal	23,0 m³		104,92

VENCIMENTO
15/10/2019

TOTAL A PAGAR
104,92

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO: ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2984	2965	19	1,37	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3326	3309	17	4,80	Inferior a 15
PH	2514	2474	40	6,93	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3322	14	1,38	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ES. COLIFORMES	1275	1275	0	Ausencia	Ausente
	1275	1275	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/10/2019 HORA DA EMISSÃO: 15:19

1.41.319 20191003151902

MATRICULA
13650041-2

FATURA Nº
153129913

MÊS/ANO
10/2019

VENCIMENTO
15/10/2019

VALOR A PAGAR
104,92

82690000001-7 04921535000-7 00201915312-7 99130100104-6



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proedonio da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Silva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.894.523 / 17,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Silva dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.894.523 / 17, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Velha</u>	Cidade: <u>Terresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel. (DDD): <u>86199982-3093</u>

Local e Data: Terresina-PI 03/12/19

Maria do Carmo Proedonio da Silva
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisco Silva dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.361.818 DATA DE EXPIRAÇÃO 28/08/09

NOME FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

FILIAÇÃO ANTONIA SILVA DOS SANTOS

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 16/05/1993

DOC. GREGEM CERT. NASC. 214403 L 256 F 842
EXP TERESINA-PI 14/10/93

TERESINA - PI

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Nascimento 16/05 1993

Nome FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

058.894.523-47

Numero de Inscricao

CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

CPF

Receita Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA

CAIXA

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

058.894.523-47

Nome

FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

Nascimento

16/05/1983



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

Nome
MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

FERÇÃO
LUIZ PROCEDOMIO DA
SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
B

ACI
B

CATFHE
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

P. HABILITAÇÃO
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Marta de Souza Macedo da Silva

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

Assinatura do Emissor
ARAO MARTINS DE REGO LORAN

70615801046
P1320021300

PIAUI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432439/19

Vítima: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

CPF: 058.894.523-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2019

Titular do CPF: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO SILVA DOS SANTOS : 058.894.523-47

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: 04/12/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676520 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR ESQUERDO. PG3,6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676520 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR ESQUERDO. PG3,6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE Francisco Silva dos Santos		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteiro	Profissão: Lavrador
Identidade nº: 3.361.818 SSP/PI	CPF nº: 058.894.523-47	
Endereço: R. Turuniana S/N pov Santa Luz Teresina PI		
CEP: 64.000-000	Telefone: (86) 99982.3093	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos pare a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 09/06/19 para a Vitima Francisco Silva dos Santos



Teresina-PI 03/12/2019

Local e data

Francisco Silva dos Santos

- Vitima ou Representante Legal -

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Lázaro Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-300 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0108 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br Titular: Anistolia Gonçalves de Sampaio Doreira	
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO SILVA DOS SANTOS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE Teresina-PI, 03/12/2019. Selo: AAN67759-BV1R www.tjpi.jus.br/portalestra	
EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO-Escritor Autorizado Emol:3,85 TJ:0,77 FMNP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:37 PROCURACAO PARTICULAR PESSOA FISICA	

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Eduardo Denis do Vale Barreto
Escritor Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432439/19

Vítima: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

CPF: 058.894.523-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2019

Titular do CPF: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO SILVA DOS SANTOS : 058.894.523-47

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: 04/12/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa