



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

Processo: 00338998120188180001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDSON FILINTO DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue.

Informa, que a parte autora pleiteou administrativamente verba indenizatória DPVAT, cujo sinistro foi regulado sob o **nº 2014503744**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em **26/02/2012**.

Frisa-se que a parte autora **JÁ RECEBEU INDENIZAÇÃO** relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT nos autos do processo administrativo supracitado **em decorrência de invalidez de 25 % no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO** e 25% no MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, **o que gerou uma indenização na monta total de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Número: 2014503744	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez
Vítima: EDSON FILINTO DE SOUSA	Data do acidente: 26/02/2012	Emissor do parecer: Carolina Maia Santos de Oliveira
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A	Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	CRM do médico: 312915

PARECER

Data da análise: 10/07/2014

Valoração do IML: 0,00

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA MIE + MSE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: DANO FUNCIONAL MIE + MSE

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DANO LEVE MIE + MSE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	25

Valor avaliado: 4.725,00

Comprovante:

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:	14/07/2014
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON FILINTO DE SOUSA

BANCO:	104
AGÊNCIA:	03389
CONTA:	000000024083-0

Nr. da Autenticação A43EE0D7ECE4C536

Deste modo, é irrefragável que no caso de laudo pericial a ser produzido nestes autos, venha a apurar invalidez correspondente ao mesmo membro daqueles já indenizados no processo administrativa supracitado, deverá ser considerado o valor ora comprovado para fins de abatimento em eventual condenação nestes autos.

Assim, evidente que em qualquer situação o valor já pago, deve ser considerado para fins e comprovação da quitação da indenização em relação à invalidez dos referidos membros.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
TERESINA, 28 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2014

Carta nº: 4603153

A/C: EDSON FILINTO DE SOUSA

Sinistro: 2014503744
Vitima: EDSON FILINTO DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Tokio Marine Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2014

Carta nº: 4730357

A/C: EDSON FILINTO DE SOUSA

Sinistro: 2014503744
Vitima: EDSON FILINTO DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDSON FILINTO DE SOUSA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 000000024083-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda funcional completa de um dos membros superiores, em grau leve = 17,50%	R\$	2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau leve = 17,50%	R\$	2.362,50
Total avaliado:	R\$	4.725,00
Valor de Multa / Juros:	R\$	0,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





EDR – Serviços Técnicos de Seguros

084473

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura reclamada

Natureza do Evento

Data do Acidente

() Morte

() Atropelamento da vítima

☒ Invalidez Permanente

() Vítima passageiro do veículo

() DAVS - Desp. Assist. Médica e Suplementares

() Vítima motorista do veículo

26.02.12

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
Edson Filinto de Sousa	28.12.86	040.941.143-43

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
Av. Ferroviária P: Todos os Santos	8471	
CEP	Cidade	Estado
64088-650	Teresina	PI
Nome do Procurador	Endereço completo e telefone para contato	
E-mail	Rua	Nº Fone ()
	CEP	Cidade Estado

Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez
ATENÇÃO: OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTA AVISO - Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima. - Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório no caso de vítima ou beneficiário proprietário). - Procuração extraída em Cartório específica para recebimento de Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira. - Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador. - Fotocópia do R.G. e C.P.F. da vítima. - Fotocópia do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário. - Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade. - Cópia do comprovante de residência do receptor.	- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada). - Laudo de Necropsia (somente quando necessário a critério da Seguradora).	- Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. - Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originais). - Termo de cessação de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso.	- Laudo do Instituto Médico Legal (jurisdição onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau da invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.

Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 19.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal (a)o companheiro(a) e, na falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	- Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.
Beneficiário(a): Companheiro(a)	- Documentação que comprove essa situação é declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Previdência Social).
Filhos ou irmãos:	- Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor.
Pais:	- Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	- Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Pode-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.
 2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

Local e data

Edson Filinto de Sousa
Assinatura do reclamante

Serv. Téc. de Segs. LT

13 JUN. 2014

PROTOCOL

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edson Filinto de Sousa

PORTADOR(A) DO RG Nº 5001408-1

EXPEDIDO POR SSP-P1

EM 02/02/04

CPF 040941143-413 / CNPJ _____ PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA 3389 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00024083-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA _____

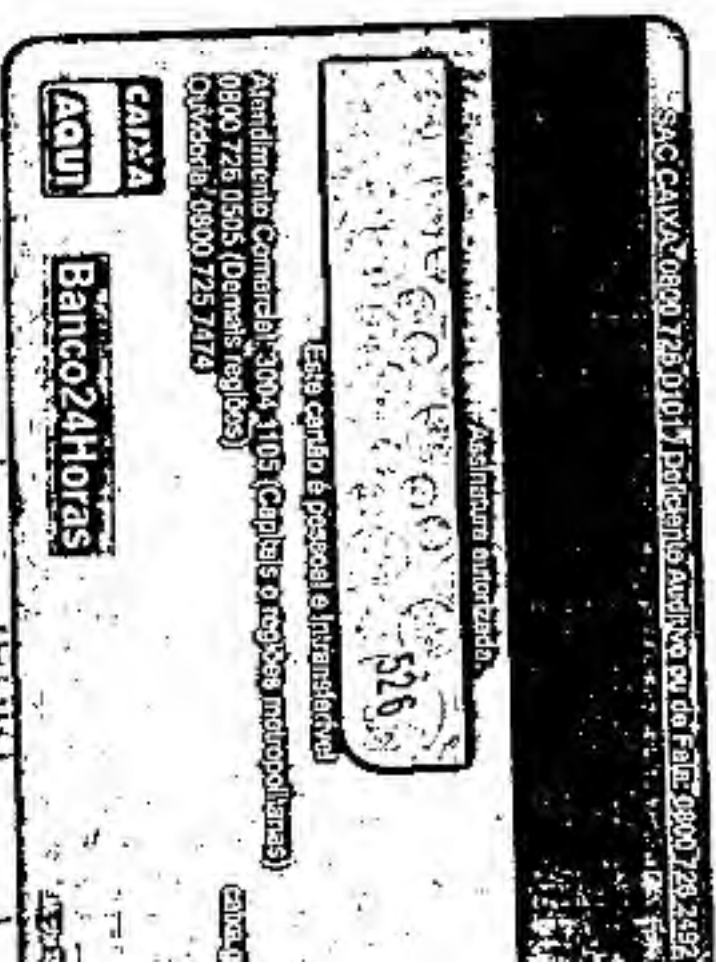
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Edson Filinto de Sousa

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradordocrisis.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002750/2012-26

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Delegado: LUCY KEIKO LEAL PARAIBA

Data/Hora: 13/08/2012 - 10:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

26/02/2012 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

ESTRADA DA USINA SANTANA, Nº

Complemento

Bairro

Todos os Santos

Ponto de Referência

CLUBE DA CEPISA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: OZIEL MACHADO CARDOSO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1297162 PI

Endereço: RUA FERROVIARIA, Nº 6471

Bairro: Todos os Santos

Cidade: TERESINA

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 50011081 PI

Endereço: O MESMO DO INFORMANTE, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: TERESINA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATÓRIO DA OCORRÊNCIA

O INFORMANTE RELATÁ QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR150 BROS KS, PLACA NIV-0532-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 321852184, PROP. DE ANTONIO CARLOS DA CONCEIÇÃO, TRAFEGAVA PELA ESTRADA CITADA, SENTIDO USINA SANTANA/DIRCEU, QUANDO O VW/SANTANA, PLACA LWL-0483-PI, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRARIO, INVADIU A PISTA CONTRARIA E COLIDIU COM A MOTO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUP.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

OZIEL MACHADO CARDOSO - Noticiante
Responsável pela Informação

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Baimão, 91/Sul - Centro
Município do Amparo Paralelo Leal de Amilã
Tabela Pública

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO DJALMA VELOSO
Município do Amparo Paralelo Leal de Amilã - novo
R. da Paz, 110 - CEP: 64.000-000 - Teresina - PI - Fone: (081) 3211-8555

LUCCY KEIKO LEAL PARAIBA
Delegado de Polícia



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO DJALMA VELOSO
Município do Amparo Paralelo Leal de Amilã - novo
R. da Paz, 110 - CEP: 64.000-000 - Teresina - PI - Fone: (081) 3211-8555

Em testemunha

Tabela Pública - 5º Ofício de Notas



Eu, Edson Filinto de Sousa, portador da carteira de identidade nº 5021408-1 e inscrito no CPF/MF sob o nº 040.941.143-43, residente e domiciliado na AV. Ferroviária nº 8471 Bairro Toldos da Santa Cidade Teresina, Estado Piauí, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



1004029

x Edson Filinto de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDSON FILINTO DE SOUSA

RG nº 5001106-1, data de expedição 02/02/2004 Órgão SSP-PI

CPF nº 040.941.143-43, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA FERROVIÁRIA.</u>
Número	<u>8471</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TODOS OS SANTOS</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64088-530</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3235 5922 (86) 8153-3182</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA, 10-06-2014.

Assinatura do Declarante: Edson Filinto de Sousa



SAMU TERESINA
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: Pro-2903 DATA: 26/02/12

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Todas as Santas

NOME DO PACIENTE: Edson Filipe de Sousa

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 26 anos

SAÍDA DO P.A.: 22-11 CHEGADA AO LOCAL: 22-25

SAÍDA DO LOCAL: 22-36 CHEGADA AO HOSPITAL: 22-49

- 01 ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02 ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03 ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
04 ☐ ENVENENAMENTO
05 ☐ AFOGAMENTO
06 ☐ QUEIMADURAS
07 ☐ CHOQUE ELÉTRICO

*COLISÃO
CARRO E
MOTO*

- 08 ☐ QUEDA
09 ☐ MAL SÚBITO
10 ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11 ☐ OUTROS
12 ☐ JÁ REMOVIDO
13 ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

- ALERTA ☒
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

FALA:

- NORMAL ☒
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

SpO2 - 98%

PULSO RADIAL:

- FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☒
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL 88/64
PULSO 88 bpm
RESPIRAÇÃO 18 rpm

OBSERVAÇÕES

*PCTE VITIMA DE COLISÃO (CARRO E MOTO)
C/ FRATURA E DOR NA REGIÃO PERNA PROXIMAL E
INTERMEDIA. SEM DOR NA REGIÃO, INCONTINENTE E ORIENTADO.*

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO ☒ PRANCHA LONGA
☐ OXIGÊNIO ☐ PRANCHA CURTA
☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR ☐ KED
☒ CURATIVOS ☒ COLAR CERVICAL
☒ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES ☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☒ OUTROS

*Admissão
independente
Assento*

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO ☐ ÓBITO:
☐ PIORADO ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ INALTERADO ☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

Dr. Ruy de Sá Neto
MÉDICO
ORIENTADOR

HOSPITAL DE DESTINO: HUT

*Suelane
Lima
Doutora
Daniel.*

(EDR)
Serv. Tec. de Segs. Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLADO

SOCORRISTA



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Edson Felinto de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 382749



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".**



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

26/02/2012 22:59:43

(SERGIO ROCHA)

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

Prontuário: 182749

Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

Pai: ANTONIO FILINTO DE SOUSA

End. Resid.: RUA FERROVIARIA N°5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 28/12/1986 **Idade:** 25a:2m:6d

Sexo: Masculino

Fone:

Responsável: ANTONIO JOSE FILINTO DE SOUSA

Profissão: AUTONOMO

CMS:

G. Instrução: Não Informado

Documento: Reg.Nasc: não informado

End. Local:

E. Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 214142 **Data:** 26/02/2012 22:59:42

Condução: AMBULANCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÁNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR

Acid. Trab.: Não

Caso Policial: Não

Pl. Saúde: Não

Trauma: Não

Convênios U E

Mais Tratos: Não

DADOS CLÍNICOS:

Vitória Acidente com
com Fratura Exposta
perna e antebraço e
liberado para casa

PA: X **mmHg**

Pulso:

FC:

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1. Fica zero
2. Dm 94 - 1500 ml de urina
3. Rx perna, coracóclavicular e humero
4. SVD

ALTA:

- ☐ Melhorado
- ☐ Curado
- ☐ Inalterado
- ☐ A Pedido

- ☐ Administrativa
- ☐ Por Indisciplina
- ☐ Por Evasão

☐ Retornar à Unid. Origem:

☐ Transferência:

DATA SAÍDA:

HORA:

☐ Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

ÓBITO:

- ☐ Até 24 Hs
- ☐ De 24 a 48 Hs
- ☐ Após 48 Hs

DESTINO:

☐ Família

☐ UCI

☐ Anet. Pat. de Serv. 180 de S

13 JUN 2014

PROTOCOLO

Dr. Renato Viana Neto
MEDICO

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

Assinatura Paciente ou Responsável

Ortografia: por liberear
do cliente para procedimento
ortografia: por exposto de
autógrafo + janelas exp
cisco em MSE. Salvo
centro empírico + oratório
do empírico + oratório

longer vessels



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDOSN FILINTO DE SOUSA				
End. Resid.: RUA FERROVIARIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo: Masculino	Nascimento: 28/12/1986	Idade: 25a:2m:7d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AUTONOMO
Admissão: 26/02/2012	C. Instrução: NÃO informado	Fone: - -	Cartão SUS (CNS):	Procedência: TERESINA
Pai: ANTONIO FILINTO DE SOUSA			Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA	
Responsável: ANTONIO JOSE FILINTO DE SOUSA				
End. Responsável: RUA FERROVIARIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS TERESINA - PI 64000-010				
Documento: _____				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 27/02/2012	Hora: 00:00	Data: ___/___/___	Hora:	P.A. TEMPORÁRIO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO				
CID 10:				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: 0413040178 + 0408050100 + 0413040178				
CID 10: S-00.9 contus + S82-2 + S-00.9 contus				
Tratamento Realizado: LME coxo + LME articular + litaxo tribi.				
Exames Realizados: R				



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

[Assinatura]
Dr. [Nome] [Sobrenome]
CRM [Número]

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo do Médico



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a.2m.6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 214142
Requisição: 206091 Solicitação: 26/02/2012
Controle: 264336 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 26/02/2012

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(LUIS RONALDO)

TERESINA - PI 26/02/2012

LUIS RONALDO DE CARVALHO SÁ FILHO

CPF: 482.454.993-72 CRM PI 2465

TERESINA, PI 26/02/2012
Paulo Roberto





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26.02.12

NOME DO PACIENTE:	Edson Glória de Jesus		
DIAGNÓSTICO:	Pneum. apendicite aguda + peritonite		
ANESTESIA:	General	CIRURGIÃO:	Dr. Manoel de Jesus
CIRURGIÃO:	Dr. Manoel de Jesus	Nº DA SALA:	06
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Laurindo	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Madalena	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	04	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	08		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	20	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		Seco peritoneal	02	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	02	01		Crepon - 06			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	02	12					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Patricia Fontenele		
PROLENE							

(EDR)
Serv. Téc. de Sags. Lta
13 JUL 2014
PROTOCOLO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Edem Filinto de Sousa

Diagnóstico pré-operatório

Politrauma

Operação - Tipo

LMC caxa op, LMC antebraço op¹ e² pelha

Cirurgião

Flávio M. de S. Silva

1ª Assistente

—

2ª Assistente

—

3ª Assistente

—

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29/02/22

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

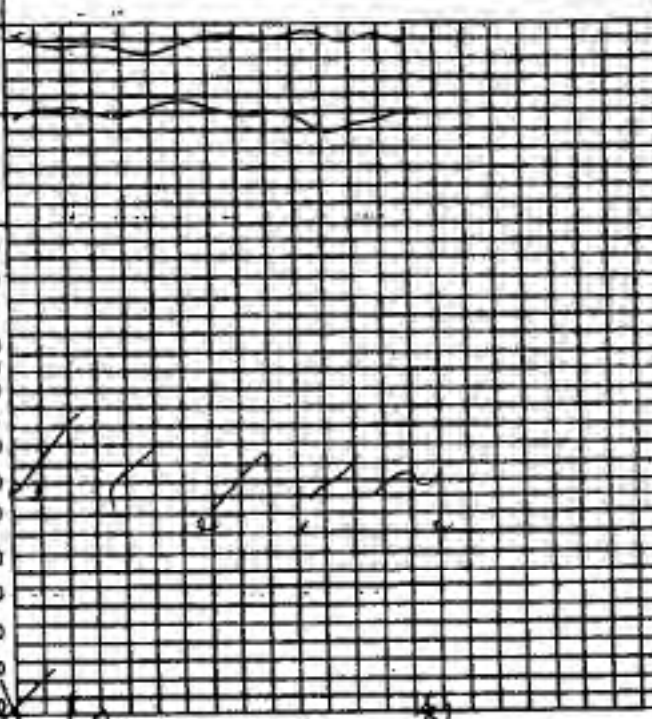
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Anestesia gen. ODA, oxigênio, cateterismo, drenagem, fechamento de caxa + antebraço e SF = 0,9 em drenagem + sutura, drenagem de pelha, antebraço e SF = 0,9, sutura de pelha + fixação externa + cateterismo, oxigênio, antebraço, caxa, drenagem em antebraço + sutura + cateterismo + cateterismo. LMC pe + LMC pelha

Dr. Flávio M. de S. Silva
Otorrinolaringologista
CRM 3702

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <u>Lucas Filipe de Sousa</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>02/07/2017</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
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 ÀS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				S. fis. 20cc Propofol 41 Fentanyl 0.2 Atorax 0.5 Propofol 0.3
		SANGUE 300				
		OUTROS 100				
TEMPERATURA T	C°	280	SEQUÊNCIA 1 2 3 Oxi 4 5 U 6 7 8 Int 9 10 11 12 13 14 15			
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200				
		180				
		160				
		140				
		120				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		100	DURAÇÃO			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60				
RESPIRAÇÃO O		40				
		20				
SÍMBOLOS			DURAÇÃO			
TÉCNICAS			INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES			CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS			
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HOSPI

AIH : 221210017042-3
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

EDSON FILINTO DE SOUSA

RESIDENTE

20/02/2012

Identificação do Estabelecimento de :

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TER

2- Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- LIBERA: 28/02/2012

PROCED. : 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

OP. 5157: LUCILENE

CID : T009

DT. LAUDO : 27/02/2012

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5828856

52496

Código da
Internação:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

6 - Prontuário: 182749

7- CNS:

8- Nascimento: 28/12/1986

9- Sexo: Masculino

11- Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

12- Fone: - -

13- Resp: ANTONIO JOSE FILINTO DE SOUSA

14- Fone: - -

15- Endere: RUA FERROVIARIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010

16- Munic: TERESINA

17- Cód. IBGE: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Acidente motorcyclista e. fratura exposta
antebraço erg. e. met. exposta tibia e fêmur
extremo na caxa erg.

21 - Condições que justificam a internação:

Fract. e. m.

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

Artrorres. e. m. e. f. m.

23- Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24- CID Prim:

25- CID Sec:

26- CID D. Sec:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- Cod. Proced.:

0415030013

27- Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo: 09:00

29- Clínico:

30- Caráter: Ident.:

02

01

CPF

841.275.623-15

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

34- Data Solicitação:

27/02/2012

Ass. Med. Responsável

15- Ass. Carimbo Med. Solici (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajetos

39- Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

28/02/2012

48- Documento:

() CNES

() CPF

49- Num. Documento:

0413040178 + 0408050500

50- Ass. Carimbo (RD. Conselho)

Ass. Med. Responsável:

Unidade: (UNIDADE CIVIL)

Consulta Local: 21142

Consulta SUS:

odopedic

 DIPAS - GERÊNCIA DE ENFERMAGEM	ORIGEM: () HALL POSTO: _____ CLÍNICA: _____ EMERGÊNCIA: _____	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F
		DIA MÊS ANO			
HOSPITAL: _____ EMP: _____ LEITO: _____	NOME: <i>Edson Filinto de Sousa</i>				

PÓS-OPERATÓRIO										
DATA: <i>27.02.12</i>					HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <i>4:12</i>					
CIRURGIA REALIZADA: <i>linc. baco</i>					TIPO ANESTESIA: <i>geral</i>					
<i>fechou, pé.</i> S.V.R	HORÁRIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	<i>117/89 mmHg</i>									
F. CARDÍACA	<i>136 bpm</i>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXIMETRIA	<i>95%</i>									
NOME/ MATRÍCULA										

2- EXAME FÍSICO								
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO - REGULAR - RUIM	BOM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)		☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL		☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA		☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE		☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO		☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE		☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
NOME/ MATRÍCULA: <i>Edson Filinto de Sousa</i>								

(EDR)
 Serv. Téc. de Segs. Lit.
 13 MAR. 2014
PROTOCOLO

3- DRENOS/ SONDAS E CATETERES

DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
() SVD			
() SNG			
() DRENO DE SUCÇÃO			
() DRENO DE PENROSE			
() DRENO DE KEHR			
() PLEUROSTOMIA			
() ESOFAGOSTOMIA			
() GASTROSTOMIA			
() JEJUNOSTOMIA			
() ILEOSTOMIA			
() OUTRO			

4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

04:12h Admitido na RPA no PDI de HMC de
 caso de lesão, autêntica e pl. sob anestesia geral
 ventral, hipocrômico, respiração espontânea
 não, não, não O₂, após ser visto em 15 min.

Joseline Alves de Moura Bezerra

Enfermeira

CORRIGIR PTT. 04

5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS _____ HORA: _____
 OBSERVAÇÃO: () CLÍNICA DE ORIGEM () UTI () AMBULATÓRIO () OUTRO:

NOME/ MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO
 TRANSPORTE: _____



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
OSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Subm

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OLAP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EDSON FILINTO DE SOUSA		182749	Ortopédica	236	000	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
DATA/HORA	CDX/CO					
02/12	27					
POI LMC caso em LMC velho						
LME antitoxas ex, LME Pi						
fixado tb. ex.						
1 Dieta Oral Livre Após Rec. Anestésica						
2 Soro Fisiológico 0,9% 1000ml EV 28gotas/min						
3 Flagyl 500 mg EV 8/8h						
4 Cefalotina 1g 01 amp + AD EV 6/6h						
5 Gentamicina 240 mg + 100mL SF a 0,9% EV lento 1x/dia						
6 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6hs						
7 Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12hs						
8 Rianitidina 50mg 01 amp + AD EV 8/8hs						
9 SSVV + CCGG						
10 TETANOGAMMA 1 AMP IM DOSE ÚNICA						
SPR						
3.5.6.7.9						
Previsão de Alta: 11 SEM						
Chá, lanche, frutas, paladar						
Fut. Mordepo, a 2.ª						

0122120214149
0122120217139

PROTÓCOLO
1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a/4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494
Requisição: 208455 Solicitação: 28/02/2012
Controle: 264785 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020107

Data Exame: 28/02/2012

COLUNA TORACO LOMBAR OU TORACICA

- Corpos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Pedículos, lâminas e articulações interapofisárias sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

TERESINA, PI 15/06/12
Facilio Brito



**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494
Requisição: 206455 Solicitação: 28/02/2012
Controle: 264783 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 28/02/2012

BACIA UMA INCIDÊNCIA

O estudo radiológico da bacia foi realizado nas incidências em Pa/Perfil.
os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(RANDI SILVA)

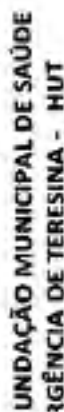
TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

TERESINA, PI 15/06/12
Pecilia Brito





HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EDSON FELINTO DE SOUSA		182749	Ortopédica	230	227	
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES MÉDICA
09/04/12	DI : 27/02/2012	LESÃO TENDÃO PATELAR+TÍBIA+ANTEBRAÇO				
	09/04/12	1 Dieta oral livre				
		2 Dipirona 500mg 01 comp VO 6/6hs				
		3 Tilatil 20mg 01 comp VO 12/12hs				
		4 Captopril 25mg 01 comp VO 8/8 se PA > 160/100				
		5 Ranitidina 150mg 01 comp VO 12/12hs				
		6 Paracetamol 60gt VO 6/6hs S/N				
		7 Cuidados gerais e sinais vitais				

Vitória, 09/04/2012
 Ortopedia Pedrinha
 TEOP 2614

(02061)
 Serv. Téc. de Segs. Média
 12 JUN 2012
PROTOCOLO

(BDFV)
 Serv. Téc. de Segs. Mda
 12 JUN 2001
 PROTOCOLO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**DATA 10/04/2016

NOME DO PACIENTE: <u>Edson Felinto de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº <u>182749</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>D. A. Augusto</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>J. A. A. A.</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>75</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>8</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>11</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>250</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>03</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>40</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>		<u>At. de Crep.</u>		<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>20</u>	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Paula</u>			
PROLENE							

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda
13 JUN. 2016
PROTOCOLO

NOME DO PACIENTE: EDSON FELIPE DE SOUSA				Nº DE REGISTRO	
DATA: 10/04/2012	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATORIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FISIO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES		
1		2	3		
LÍQUIDOS		SO-UTO	500		
		SANGUE	400		
		OUTROS	300		
			200		
			100		
TEMPERATURA		38	200		
T			180		
			160		
			140		
			120		
			100		
			80		
			60		
			40		
			20		
			10		
P. ARTERIAL					
V					
O					
PULSO					
INÍCIO E FIM ANESTESIA					
X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO					
O					
SÍMBOLOS			DURAÇÃO		
TÉCNICAS			INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS					
PARTICULARIDADES					

COOPANEST
CNPJ - 01.403.415/0001-51
ANESTESISTAS

CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

Serv. Rec. de Segs. Ltda
13 JUN. 2012

PROTOCOLO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Edson Filinto de Sousa*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura de antebraço e*

Operação - Tipo *Osteomielite de antebraço e*

Cirurgião *[Signature]* 1º Assistente

2º Assistente *[Signature]* 3º Assistente

Instrumentador(a) *Dr. Cláudio Tugarte Nascimento*
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 2775 Anestesiologista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Não

Acidente Durante a Operação

Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em decúbito dorsal e lateral
- 2) Antissepsia adequada
- 3) Acesso de campo operatório
- 4) Incisão antebraço Esp
- 5) Redução e fixação de fratura de ulna com placa e parafusos
- 6) Fratura e curativo

Dr. Cláudio Tugarte Nascimento
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 2775

Atropidia

 HOSPITAL DE BASE DE SÃO PAULO DEPARTAMENTO DE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM	ORIGEM: () HALL POSTO: _____ CLÍNICA: _____ EMERGÊNCIA: _____	DATA DE NASCIMENTO			SEXO F- / M- / F-
		DIA _____	MÊS _____	ANO _____	
Nº 930 887	NOME: Edson Silinto				

POS-OPERATÓRIO

DATA: 10/04/2012	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.: 15:30
CIRURGIA REALIZADA: Int. Otitomedia ANESTESIA: Bloqueio	

S.V.R	HORARIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	158x105									
P. CARDÍACA	72 bpm									
P. RESPIRATÓRIA	//									
TEMPERATURA										
OXIMETRIA	100%									
NOME/ MATRÍCULA	001000									

2- EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO - REGULAR - RUIM	BOM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS INCONSCIENTE	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM							
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS NÃO MOVIMENTA RUIM: PARALISIA TOTAL	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM							
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM							
PELE BOM: ROSA/ M/ AQUECIDA REGULAR: PALIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGALOSA AO TOQUE	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM							
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM							
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE NOME/ MATRÍCULA:	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM							



3- DRENOS/ SONDAS E CATETERES

3- DRENOS/ SONDAS E CATÉTERES			
DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
() SVD			
() SNG			
() DRENO DE SUÇÃO			
() DRENO DE PENROSE			
() DRENO DE KEHR			
() PLEUROSTOMIA			
() ESOFAGOSTOMIA			
() GASTROSTOMIA			
() JEJUNOSTOMIA			
() ILEOSTOMIA			
() OUTRO			

4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

15:30 Admitido na SRPA no ROI de trat. em hot. aut. traço E, no bloco qm. nro, comidinhas, bebida, euphoria, bem quisto.

LINE BOW
EAST 1000
COP & BOW 1000
COP & BOW 1000

5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS 16:20 HORA: ☐ CLÍNICA DE ORIGEM ☐ UTI ☐ AMBULATÓRIO ☐ OUTRO:

OBSERVAÇÃO: Ostóme, cuca à esquerda

NOME/ MATRICULA DO RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE: Rafael



HOSPITAL HUT

ORIGEM: () HALL
POSTO:
CLÍNICA: Ortop
EMERGÊNCIA:

DATA DE NASCIMENTO

DIA

MÊS

ANO

SEXO

M/F

28

12

86

M

NOME: Edson Delinto de Souza

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CIRÚRGICO
TRANS-OPERATÓRIO - CENTRO CIRÚRGICO

DATA: 10.04.12

HORÁRIO DE ADMISSÃO/ CC:

CIRURGIA PORPOSTA: otomastectomia de pat. de ouvido

URGENCIA PROGRAMADA () URGENCIA () EMERGENCIA

EXAM: () SIM () NÃO TEMPO: 12 h SEM INFORMAÇÃO ()

PRÓTESE: () NÃO () SIM PROVIDÊNCIAS:

Nº DA SALA DE OPERAÇÃO: 05

1- SINAIS VITAIS

PA: 572/504

FC: 114

SATURAÇÃO: 93

2- PUNÇÃO VENOSA

CATETER INTRAVENOSO Nº:

LOCAL: MSD

SORO: SFO, 9%

ADMISSÃO: Admitido no CC p/ fazer cirurgia de pat. de ouvido
Cirurgião orientado sobre responsabilidade como responsável pelo cateter de O2, pele
e mucosas hidratadas. Aguarda procedimento em sala cirúrgica

3- DESCRIÇÃO

ANESTESIA: BPB

INÍCIO:

TERMINO:

ANESTESISTA: Dr. Carlos Augusto

AUXILIAR DE ANESTESIA:

CIRURGIA REALIZADA: otomastectomia de pat. de ouvido

INÍCIO:

TERMINO:

CIRURGIÃO: Dr. Clausen

1º AUXILIAR: Ad

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ENF(A) Selipe

INSTRUMENTADOR(A): Jornal

CIRCULANTE: Paula

4- PROCEDIMENTOS

4.1 POSICIONAMENTO DO PACIENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO:

☒ DORSAL/ SUPINA

☐ VENTRAL

☐ TRENDELEMBURG

☐ TRENDELEMBURG REVERSO

☐ LATERAL

☐ LITOTOMIA/ GINECOLÓGICA

☐ FOWLER/ SEMI-FOWLER

☐ DEPAGE/ CANIVETE

4.2 PROTEÇÃO DAS PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS:

NÃO () SIM LOCAL:

(EDM)
Serv Téc de Segs Ltda

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

4.3) CATETERISMO VESICAL: NÃO

SVD Nº: _____ PVPI TÓPICO() OUTROS()

BALONETE TESTADO: _____ LUBRIFICANTE: _____

() SIM () NÃO ml: _____ URINA: VOLUME RESIDUAL: _____ ml

COLETOR: () ABERTO () FECHADO ASPECTO: _____

EMBROCAÇÃO: () SIM () NÃO REALIZADO POR: _____

4.4) DEGERMAÇÃO:

(☒) SIM () NÃO LOCAL: MSE

OBSERVAÇÃO: evr - +

4.5) OUTROS:

() S.N.G. (☒) PRESSÃO NÃO INVASIVA (☒) ECG

() P.A.M. () DRENAGEM TORÁCICA () INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

() F.V.C. () PUNÇÃO SUBCLÁVIA (☒) OXÍMETRO DE PULSO

() P.I.C. () DISSECÇÃO VENOSA () INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL

() CAPNÓGRAFO () OUTROS

4.6) PLACA DE RISTURI:

(☒) SIM (☒) NÃO TIPO: () METAL () DESCARTÁVEL

LOCAL: _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

4.7) PEÇAS/ ENCAMINHAMENTOS: vd

() ANATOMIA PATOLÓGICA () BIÓPSIA/ CONGELAÇÃO () CITOLOGIA/ CULTURA

() PROJÉTIL: DESTINO: _____ () OUTROS: _____

4.8) CONFERÊNCIA DE COMPRESSAS/ TURUNDA/ DISSECTORES:

OFERECIDAS: 03 pac DEVOLVIDAS: 03 pac

OBSERVAÇÕES: _____

4.9) CONFERÊNCIA DE INSTRUMENTAL:

(☒) SIM () NÃO TOTAL DE PEÇAS: _____

4.10) CURATIVOS / OSTOMIAS:

() OCLUSIVO () ABERTO (☒) COMPRESSIVO

() PRESENÇA DE DRENOS (TIPOS): _____

() OSTOMIAS (TIPOS): _____

5- OBSERVAÇÃO GERAIS :

6- ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO ÀS _____ HORAS PARA: (☒) SRPA: () OUTROS _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

(H/D/R)
 Serv. Tec. de Segs. Ltda
 13 JUN 2014
 PROTOCOLO



HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EDSON FELINTO DE SOUSA		182749	Ortopédica	230	227	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES MÉDICA
DATA/HORA CÓDIGO						
01 : 27/02/2012	LESAO TENDÃO PATELAR+TIBIA+ANTEBRAÇO					
12/04/12						
1	Dieta oral livre					
2	Dipirona _ 500mg 01 comp VO 6/6hs					
3	Tilatil 20mg _ 01 comp VO 12 /12hs					
4	Captopril 25mg_ 01comp VO 8/8 se PA >160/100					
5	Ranitidina 150mg _ 01 comp VO12/12hs					
6	Paracetamol 60gt VO 6/6hs S/N					
7	Cuidados gerais e sinais vitais					
<i>Dr. Paulo Henrique L. P. Filho</i> <i>Ortopedista e Traumatologista</i> <i>CRM 3367</i> <i>Alta Hospitalar</i>						
PROTÓCOLO SERV. T. C. DE SAÚDE LTDA 13 JUN. 2014						

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MILTON BATISTA FILHO

Idade: 25 anos
Sexo: MASC
Data: 24/04/2012
14:58:00

Código: 514685.01

RADIOGRAFIAS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
(T) (LA)

ACHADOS:

Fratura completa alinhada na diáfise medial da ulna, fixada por placa e parafusos metálicos, associado a fragmento ósseo destacado localizado anteriormente à fratura, medindo 0,8 cm.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMPLETA ALINHADA NA DIÁFISE MEDIAL DA ULNA, FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, ASSOCIADO A FRAGMENTO ÓSSEO DESTACADO LOCALIZADO ANTERIORMENTE À FRATURA;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENADOR GERAL
09/04/2014
Márcio de Almeida Silva
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Dr. José Vas Silva
CRM 3406

Dr. Leonardo Velloso
CRM 3013

Dr. Wilson Leal
CRM 2062

Dr. Edward Muel Alencar
CRM 2738

Dr. Leonardo A. N. Matos
CRM 3508

Dr. Alan Michel D. Lima
CRM 3489

(EDR)
Serv. Tec. de Seys Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MILTON BATISTA FILHO

Idade: 25 anos
Sexo: MASC
Data: 24/04/2012
14:58:00

Código: 514685.01

RADIOGRAFIAS DA PERNA ESQUERDA (T) (LA)

ACHADOS:

Fraturas cominutivas desalinhadas localizada nas diáfises proximal e medial da tibia e fibula, esta última fixada por placa e parafusos metálicos.

Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. FRATURAS COMINUTIVAS DESALINHADAS LOCALIZADA NAS DIÁFISES PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA E FÍBULA, ESTA ÚLTIMA FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 09/06/2014
Edson Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Dr. José Vas. Silva
CRM 3406

Dr. Leonardo Veloso
CRM 3013

Dr. Wilsonny Leal
CRM 2062

Dr. Edward Mont'Alvares
CRM 2938

Dr. Leonardo A. N. Matos
CRM 3508

Dr. Alex Michel D. Lima
CRM 3489

Sus

Edson Filinto de Sousa

Dr. Themistocles
PRONTUÁRIO MÉDICO

207-4



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 09 de Junho de 2014
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

EDSON FILINTO DE SOUSA
DIRETOR
HISTÓRIA CLÍNICA
ANTROPOMETRIA
RACIAIS
ABSTRACTO
ABSTRACTO DO MEDICO

AIH : 221210181591-3
UNI : HGV

Orgão Emissor: H221100001

EDSON FILINTO DE SOUSA

ASSINATURADA

NASCIMENTO
28/12/1986

1- Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS
2- Nome do estabelecimento executor:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

D. LIBERA: 18/09/2012

DT. LAUDO: 18/09/2012

PROCED.: 0408060034 ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE OSSOS DE OSSOS LONGOS
OP. SIST.: LUPTINA
CID: M841

lony de Costa
AUTORIZADA PARA INTERVENÇÃO
CRM-RS 021.050.49
CRM-RS 021.050.49
CRM-RS 021.050.49

IDENTIFIC

5- Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

7- CNIS: 898050074320427

8- Nascimento: 28/12/1986

9- Sexo: Masculino

CPF:

11- Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

12- Fone: 85-3235-5922

13- Resp: (O MESMO)

14- Fone:

15- End: RUA FERROVIÁRIA N 8471 - ZONAS OS SANTOS - CEP: 84088-830

16- Munic: TERESINA

17- Cod. ICS: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64088-830

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Perda osso da tíbia mesotórax
alongando e tres para osso

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONV. 0408060034
Em: 09/09/12
Edson Filinto de Sousa

21 - Condições que justificam a internação:

Acesso cirúrgico

Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97

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

Artrite Ex. fino (Imagem)

CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

23- Diagnóstico Inicial:

Ausência de consolidação da fratura (pseudo-artrose)

24- CID Prim:

M841

25- CID Sec:

26- CID Terc:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408060034

ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE OSSOS DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)

Tempo 3

29- Clínica:

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

CLÍNICA ORTOPÉDICA

01

01

CPF

386.739.243-91

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34- Data Solicitação:

THEMISTOCLES R NETO (JOSEMO, QUADRI, OMBRO)

35- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	37- () Acidente Trabalho Típico	38- () Acidente Trabalho Trajeto	39- () Acidente Trabalho Típico	40- () Acidente Trabalho Trajeto
41- () Acidente Trabalho Típico	42- () Acidente Trabalho Trajeto	43- () Acidente Trabalho Típico	44- () Acidente Trabalho Trajeto	45- () Acidente Trabalho Típico
46- () Acidente Trabalho Trajeto	47- () Acidente Trabalho Típico	48- () Acidente Trabalho Trajeto	49- () Acidente Trabalho Típico	50- () Acidente Trabalho Trajeto
51- () Acidente Trabalho Típico	52- () Acidente Trabalho Trajeto	53- () Acidente Trabalho Típico	54- () Acidente Trabalho Trajeto	55- () Acidente Trabalho Típico
56- () Acidente Trabalho Trajeto	57- () Acidente Trabalho Típico	58- () Acidente Trabalho Trajeto	59- () Acidente Trabalho Típico	60- () Acidente Trabalho Trajeto
61- () Acidente Trabalho Típico	62- () Acidente Trabalho Trajeto	63- () Acidente Trabalho Típico	64- () Acidente Trabalho Trajeto	65- () Acidente Trabalho Típico
66- () Acidente Trabalho Trajeto	67- () Acidente Trabalho Típico	68- () Acidente Trabalho Trajeto	69- () Acidente Trabalho Típico	70- () Acidente Trabalho Trajeto
71- () Acidente Trabalho Típico	72- () Acidente Trabalho Trajeto	73- () Acidente Trabalho Típico	74- () Acidente Trabalho Trajeto	75- () Acidente Trabalho Típico
76- () Acidente Trabalho Trajeto	77- () Acidente Trabalho Típico	78- () Acidente Trabalho Trajeto	79- () Acidente Trabalho Típico	80- () Acidente Trabalho Trajeto
81- () Acidente Trabalho Típico	82- () Acidente Trabalho Trajeto	83- () Acidente Trabalho Típico	84- () Acidente Trabalho Trajeto	85- () Acidente Trabalho Típico
86- () Acidente Trabalho Trajeto	87- () Acidente Trabalho Típico	88- () Acidente Trabalho Trajeto	89- () Acidente Trabalho Típico	90- () Acidente Trabalho Trajeto
91- () Acidente Trabalho Típico	92- () Acidente Trabalho Trajeto	93- () Acidente Trabalho Típico	94- () Acidente Trabalho Trajeto	95- () Acidente Trabalho Típico
96- () Acidente Trabalho Trajeto	97- () Acidente Trabalho Típico	98- () Acidente Trabalho Trajeto	99- () Acidente Trabalho Típico	100- () Acidente Trabalho Trajeto

AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização:	48- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
49- Documento:	50- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	51- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
52- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	53- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	54- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
55- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	56- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	57- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
58- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	59- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	60- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
61- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	62- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	63- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
64- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	65- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	66- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
67- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	68- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	69- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
70- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	71- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	72- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
73- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	74- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	75- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
76- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	77- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	78- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
79- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	80- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	81- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
82- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	83- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	84- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
85- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	86- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	87- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
88- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	89- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	90- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
91- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	92- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	93- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
94- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	95- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	96- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
97- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	98- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)	99- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)
100- Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)		

51- Assinatura Paciente ou Responsável:

X Maria de Jesus Pereira de Sousa

13 JUN 2012

Usuário: (HUDSON)
Código Local: 863922
Consulta SUS: 10392731222
Data: 25/06/2012 09:42:21

PROTÓCOLO

DT: 23/09/12

CFR 21/09/12

2225-5922

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 107.4

NOME: Edson Filinto de Sousa PRONTUÁRIO: 1057169

DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur no 1/3 médio

CIRURGIA: No membro do 1.º membro direito Nº SALA: 07

CIRURGIÃO: Dr. Themistocles Neto

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADORA Vera + Miguel CIRCULANTE: Jesus

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1. Redução da fratura com redução da linha de fratura

2. Anestesia geral

3. Lavagem da ferida

4. Preenchimento da ferida com gesso

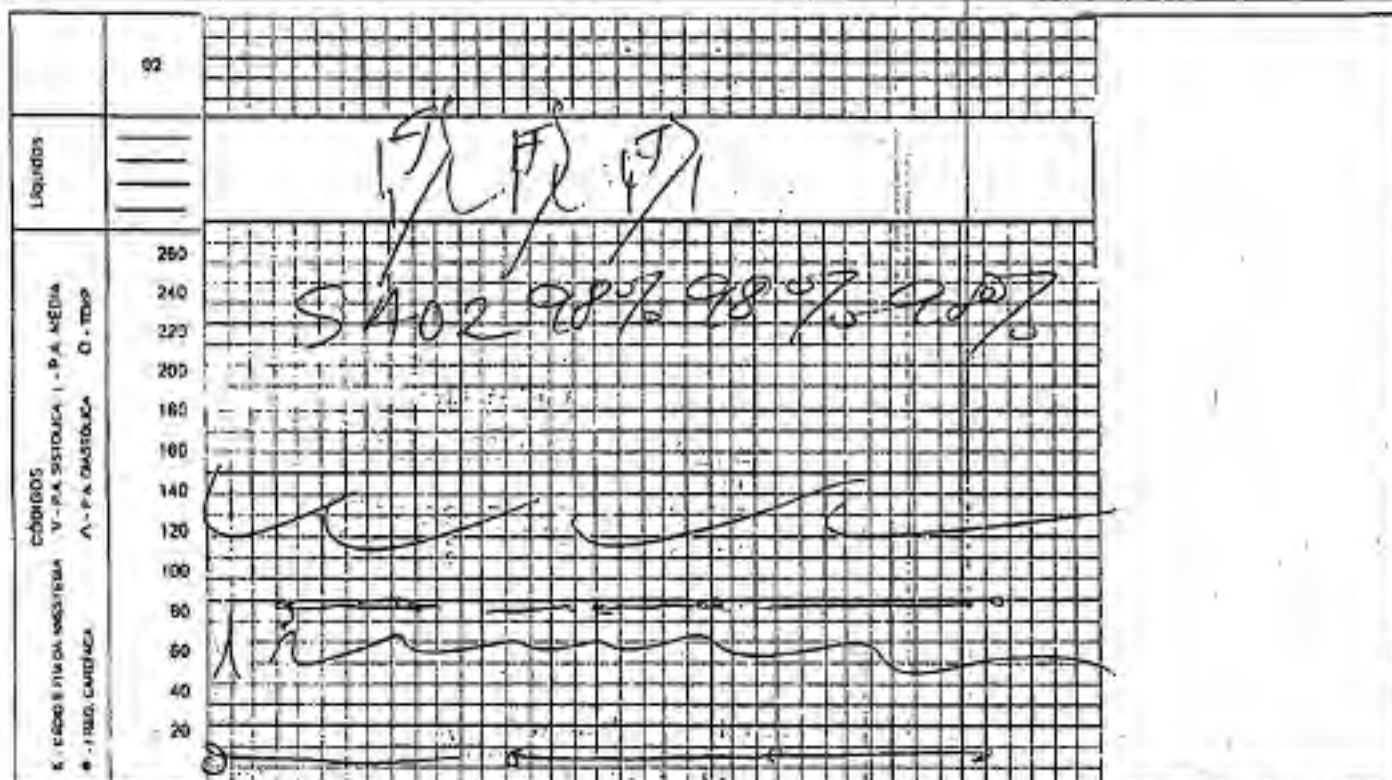
5. Curativo

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	PREÇO
AGULHA 25 x 7	UNID	03		LUVA Nº 7.0 7.5	PAR	04	
AGULHA 30 x 8	UNID	03		LUVA Nº 8.0 8.5	PAR	04	
AGULHA 40 x 12	UNID	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID	02		PVPI DEGERMANTE	ML	300	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI TÓPICO	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		ÁLCOOL 777777 70% 70%	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		SERINGA 20CC	UNID	04	
COMPRESSA	PAC	08		SERINGA 10CC	UNID	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID	02		SERINGA 5CC	UNID	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 3CC	UNID	-	
ESCALPE Nº	UNID	-		SOROFISIOLÓGICO	FRASCO	08	
FORMOL	ML	-		SONDA URETRAL	UNID		
GASES 2	PAC	15		SONDA DE FOLEY	UNID		
JELCO Nº 20	UNID	01		COLETOR DE URINA	UNID		
LÂMINA DE BISTURI 24	UNID	02		ETER <u>Crepom</u>	ML	06	
FIOS	UNID	QUANT	PREÇO	OCORRÊNCIAS:			
CAT. GUT. SIMPLES C/ AG				HOSPITAL CECILIA			
CAT. GUT. SIMPLES S/ AG				CONFERE			
CAT. GUT. CROMADO S/ AG				09/04/2014			
ALCOFIL				Edna Maria de Almeida Silva			
MONONYLON	210			Matrícula: 019005-9			
FITA UMBILICAL				CPF: 275.080.303-97			
VICRYL				CÓPIA DE PRONTUÁRIOS			
PROLENE				ENFERMARIA			
				CIRCULANTE: <u>Jesus</u>			

TA: _____

CIRURGIÃO

Tipo/Sanguíneo	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Creatinina	Outros
Urina						



DIURESE (ml)	TOTAL	INÍCIO	FIM
Técnico		DURAÇÃO	
Técnica Anestésica:		Cânulas	
Observações:		Perda Sanguínea	

OXIGÊNIO
INÍCIO:
TÉRMINO:

José Miguel de Andrade Filho

CRM 1887 - CPF 138.542.006

PACIENTE TRANSFUNDIDO

Sangue Total:	ml	C. Hemácias:	ml
Plaquetas:	ml	Plasma:	ml

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina:	Amp.
Cefazolina 1g	Fr
Clonidin	Amp
Diazepam	Amp
Dimorf	Amp.
Dormonid	Amp.
Propofol	Amp
Efortil	Amp
Empidon	ml
Fenitoina	ml
Halotano	ml
Isotlurano	ml
Narcan	Amp
Neostigmina	Amp.
Pancuronio	Amp.
Propofol	ml
S.Fis. 0,9%	Fr

S. Glic. 5%	ml
Ringer	ml
Lidocina 5% pesada	Amp
Neocaina 0,5% pesada	Amp.
Neocaina 0,5% Isobárica	Amp.
Novabupr 0,5%	Amp.
Neocaina	% v
Novabupr	% v
Lidocaina	% v
Quelicim	Fr
Quetamina	ml
Sufenta	ml
Tiopental	ml
Trasolum	Amp.

Anestesiista - CRM

José Miguel de Andrade Filho

CRM 1887 - CPF 138.542.006

ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

SUBMETEU-SE A ANESTESIA: _____ P.A. _____ mmHg F.C. _____ bpm

CONDIÇÕES DE ALTA: _____ ENCAMINHADO A: _____

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO: _____

LEITO: 107/04PROCEDIMENTO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME: Edson Yilinto de SousaData: 26/09/2012

dia de UTI/Diagnóstico: _____

M
A
N
H
ÃNível de consciência: Consciente, OrientadoPadrão de Resposta Motora: Voluntária e intencional em MIE (Perna)

S. Respiratório: (X) Espontânea - VAA: () TOT - () TQT

Ritmo: Eupnéico Profundidade: Profunda FR(espontânea): _____

Tosse: () Produtiva (X) Seca - Ausculta Pulmonar: _____

Secreção: (X) -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 Aspecto: _____

Oxigenoterapia: Sem aporte de O₂

S. Cardiovascular: PA: _____

FC: _____

Perfusão Capilar: _____

Conduta Fisioterapêutica: (X) Respiratória (X) Motora

Observações: _____

Marcelo Sousa Maia
Fisioterapeuta
CRÉDITO 55.112808-F

Carimbo/Assinatura

T
A
R
D
E

Nível de consciência: _____

Padrão de Resposta Motora: _____

S. Respiratório: () Espontânea - VAA: () TOT - () TQT

Ritmo: _____ Profundidade: _____ FR(espontânea): _____

Tosse: () Produtiva () Seca - Ausculta Pulmonar: _____

Secreção: () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 Aspecto: _____

Oxigenoterapia: _____

S. Cardiovascular: PA: _____

FC: _____

Perfusão Capilar: _____

Conduta Fisioterapêutica: () Respiratória () Motora

Observações: _____

Carimbo/Assinatura

II SISTEMA TEQUENARI

Pele: ☒ avermelhada ☒ hiperestesia ☒ dermatite ☒ prurido ☒ inchaço ☒ edema

Em caso de presença úlcera por pressão

- () ESTAGIO I: epitélio com presença de enfuma em pele íntegra (não há perda tecidual)
- () ESTAGIO II: epitélio - derme (úlceras, fístulas ou úlceras rasas)
- () ESTAGIO III: tecido subcutâneo comprometido sem atingimento (profundidade)
- () ESTAGIO IV: tecido muscular - tendão - cartilagem - osso (muito profundo)

III APARELHO GENITOURINÁRIO

Diagnóstico: ☒ Espermatozoides ☒ Incontinência ☒ Retenção urinária ☒ Fístula ☒ Sonda de Foley ☒ Obstrução

Quais: () uretra ☒ ureter ☒ próstata ☒ bexiga ☒ pênis ☒ vagina ☒ clitóris

IV PADRÃO DE SONO

☒ Bom ☒ Regular ☒ Ruim ☒ Insônia

V SISTEMA REPRODUTOR

() Menstruação ☒ Menopausa ☒ Principal ☒ Múltiplas Outras

Atividade sexual (Nº de vezes) _____

Orientação sexual _____

VI CIRURGIAS

() FCI Tipo: _____

Sítio cirúrgico: () Limpo ☒ Hiperestesia ☒ Secreção ☒ Sanguinolenta ☒ Sanguinolenta ☒ Escorrida

() Puncionada ☒ Sonda Direta ☒ Sim ☒ Não

Outro: _____

Data da inserção do duto: _____

Obs: _____

Adelmar Moura da Silva
ASSISTENTE ENFERMEIRO (M) COREN

Mãe do *Roberto Moura*
ENFERMEIRO
COREN PI 33.321

ESCALA DE AGITAÇÃO DE RICHMOND - RAAS			ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO	
Abertura ocular	Esperada A voz A luz Não responde	3 2 1 0	
Melhor Resposta verbal	Compreensão Corrêcia Palavras apropriadas Sons incoerentes Nenhuma	4 3 2 1 0	
Melhor Resposta motora	Obediência Doi localmente Proteção da cabeça Flexão espontânea Estímulo ambiental Nenhuma	5 4 3 2 1 0	
PONTUAÇÃO TOTAL			15

Escala de Agitação - sedação de Richmond - RAAS

PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
+4	Agitação	Vibração, perigosa, combate
+3	Muito agitado	Comportamento agressivo, interrupção de rotina ou calar
+2	Agitado	Comportamento muito agitado, hiperreflexia
+1	Agitado	Comportamento agitado, mas sem movimentos bruscos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Ativo, calmo
-1	Sedado	Parcialmente sedado, facilmente despertável e mantém contato visual
-2	Sedado leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o son da voz por mais de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o son da voz por mais de 10 segundos
-4	Sedação profunda	Mantimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

VALOR		VALOR	
ADULTO	CLASSIFICAÇÃO	ADULTO	CLASSIFICAÇÃO
Aberto de 18.5	Saturação de oxigênio em pulso	Aberto de 21.9	Saturação de oxigênio em pulso
Entre 18.6 e 20.9	Pré-oxigênio	Entre 21.0 e 22.9	Pré-oxigênio
Entre 21.0 e 24.9	Lavagem externa do olho	Entre 23.0 e 24.9	Lavagem interna do olho
Entre 25.0 e 29.9	Pré-oxigênio de oxigênio	Entre 25.0 e 29.9	Pré-oxigênio de oxigênio
Entre 30.0 e 34.9	Saturação de oxigênio	Entre 31.0 e 34.9	Saturação de oxigênio
Entre 35.0 e 39.9	Pré-oxigênio de oxigênio	Entre 35.0 e 39.9	Pré-oxigênio de oxigênio
Acima de 40	Pré-oxigênio de oxigênio	Acima de 42	Pré-oxigênio de oxigênio

Serv. Tec. de Segs. Ltda

13 JUN 2014

HOSPITAL GETULIO
6-3906

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GERAL VARGAS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1 - IDENTIFICAÇÃO DATA 23/09/12 DATA NASC. 28/12/1986 Nº 1057169

Nome: Edson Filinto de Sousa

Procedência: Tenarim - PI Fone: (86) 3235 5932

II - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)

(X) Hipertensão () Diabetes () Doenças () Infecções Renais () Câncer () Cardíacas
() Tuberculose () Esôfago () Uso de drogas ilícitas () Outros

Alérgico (X) Sim () Não Ou: Dipirona

Cirurgias (X) Sim () Não Ou: Infarto e MIÉ - Evolução satisfatória
Medicamentos em uso e posologia: Enalapril e Hidroclorotiazida

III - EXAME FÍSICO:

A) SINAIS VITAIS:

PA: 120/80 Pulso: 72 Tm: 36,5 FR: 18 PVC: 70 Cc: Capac

B) DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: 70 Alt: 1,70 IMC: 24,2 Cc: Abdominal

C) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO:

(X) Consciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sétido () Sétido () Torporoso
ESCALA DE GLASGOW 15 ESCALA DE RASS 5

D) CABEÇA

O Corno Calabre: (X) Sem anormalidades () Fomecimento () Hemorragia () Abcesso: _____

Fontes: (X) Simétricas () Assimétricas () Fomecimento () Hemorragias

Núcleos: (X) Simétricos () Assimétricos () Sem anormalidades () Sétido () Sétido () Epistaxe

Reflexos: (X) Isonóricos () Anisocóricos () Reflexos () Anisocóricos () Músculos () Músculos () Paralisia () Músculos

Outros: () Hipertensão () Hemorragia () Ictericos de esclerótica (X) Baixa pressão arterial () Lentos corneais () Processo
de desidratação

Ocuidade: (X) Normal () Otorrquia () Lúteo () Outros OE

Boca: (X) Sem anormalidades () Cáries () Falta de dentes () Próteses () Lúteo

E) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Pulso: (X) Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Turgido () Respiração Espontânea

Apnéia de O₂: () Traqueostomia () TOT () Em VM () Microembolia () O₂ sob capilar nasal

(X) Sem sibilos de O₂ () O₂ ventilar () O₂ máscara simples

F) TORAX:

Expansão: (X) Normal () Diminuída () Simétrica () Diferenciada

Inspeção: (X) Normal () Simétrica () Em Band () Assimétrica

Abordagem:

Ausculta pulmonar: () Murmúros vesiculares diminuídos () Ruidos () Crupos () Sibilos
() Murmúros vesiculares () Ruidos Adventícios () Outros

G) SIST. CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: (X) Normal () Diminuída () Círculo () Outros

Ausculta Cardíaca: () Normal () Insuficiente () Insuficiente

Rúmen: () Regular () Irregular

Batidas Cardíacas: () Normotônicas () Hipotônicas () Hipertônicas

Acruço Venoso: () Central () Periférico Local da inspeção: _____ Data: _____

Rede Venosa: preservada (X) Sim () Não

Realização Cardíaca Pulmonar (RCPP): () Sim (X) Não

Uso de murepasso: () provisório () definitivo

H) SISTEMA GASTROINTESTINAL

*Abordagem:

Formação: () Fluido () Tumor (X) Puro () Glóbulo (X) Sólido () Assintótico () Escasso () Profuso

Ruidos Hidráulicos: () Presença () Ausência () Hipertônicos () Hipotônicos

Alterações: () Ocluído () Trepido () Doloroso

Estomas: () Sim (X) Não Ou: _____

*Dieta:

Tipos: () Enteral () Parenteral (X) Oral

Vias: (X) Via Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia

Alimentação: () Mucosa () Ventosa () Esotranstia () Outros

Absorção: (X) Sim () Não () Parcialmente

*Eliminação:

Intestinal: (X) Normal () Constipação () Diarreia () Metano () Enagregia () Obstrução

Constipação: diarreia dos quadris de normalidade

I) MÚSCULO ESQUELÉTICO

Desmembração: (X) Com auxílio () Sem auxílio () Acumulado () Presença de edema

Sensibilidade: () Parcial () Parcial () Uso de próteses () Hemiplegia () Hemiparalisia

() Tetraplegia Distal motor (X) Sim () Não Ou: _____

Força: (X) Rápido () Flexão

Imobilização: () Ceter ceter () Gesso (X) Fiojo externa (X) F

Alimentação: () Calor () Calor Ou: _____

APR 24 1970

PROTOCOL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CLÍNICA DE ORTOPEDIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA DE ORTOPEDIA

NOME: Edson Flávio da Silva PRONTUÁRIO: 101 IDADE: 40 DATA: 24/09/12

1-Mobilidade física prejudicada relacionada a:	Evidenciada por:	5-Enfrentamento ineficaz relacionado a:	Evidenciada por:	9-Termorregulação ineficaz relacionada a:	Evidenciada por:	13-Risco de síndrome de desuso relacionada a:
☐ Baixa força e resistência muscular ☐ Descoordenação ☐ Desequilíbrio ☐ Desequilíbrio na marcha ☐ Estratagemas musculares ☐ Enfraquecimento muscular ☐ Entorpecimento neuro muscular ☐ Dor perceptível/funcional ☐ Dor ☐ Ansiedade ☒ Resistências físicas ao movimento	☒ Amplitude limitada movimento ☐ Dificuldade de vestir ou despir ☐ Mudanças na marcha ☐ Instabilidade postural ☐ Dispneia ao esforço ☐ Ruídos articulares respiratórios ☐ Tosse aguda ☐ Tosse seca ☐ Vocalização disfluente	☐ Nível inadequado de consciência ☐ Suporte social inadequado ☐ Isolamento no padrão de apoio de laçada ☐ Inspecificação de estratégias energéticas adaptativas	☐ Verbalização de insatisfação ☐ Comportamento destrutivo	☐ Trauma ☐ Envolvimento ☐ Dor	☐ Tergiversação ☐ Taquepneia ☐ Pele fria ☐ Tímida ☐ Flutuação de temperatura	☐ Dor intensa ☐ Imobilização mecânica ☐ Imobilização prescrita ☐ Nível de consciência ☐ Paralisia
2-Descoordenação ineficaz das vias aferas relacionada a:	Evidenciada por:	6-Desesperança relacionada a:	Evidenciada por:	10-Integridade tissular prejudicada relacionada a:	Evidenciada por:	14-Risco de disfunção neurovascular periférica relacionada a:
☐ Distúrbio neuromuscular ☐ Tabeísmo ☐ Dor neuropática ☐ Dor neuropática ☐ Dor neuropática ☐ Dor neuropática ☐ Dor neuropática	☐ Agitação ☐ Depressão	☐ Deterioração da condição fisiológica ☐ Estresse prolongado ☐ Resistência prolongada de atividade ☐ Absentismo ☐ Perda de le	☐ Verbalização de insatisfação ☐ Passividade ☐ Insatisfação verbal	☐ Imobilidade física ☐ Nutrição desequilibrada ☐ Pressão sobre proeminências ósseas ☐ Deficiência nutricional ☐ Cicatrização prejudicada ☐ Fatores mecânicos	☐ Tachicardia ☐ Tímida ☐ Hiperemia ☐ Dor ☐ Imobilidade uniaxial	☐ Cirurgia ortopédica ☐ Fraturas ☐ Imobilização ☐ Trauma ☐ Dor neuropática ☐ Dor neuropática ☐ Dor neuropática ☐ Dor neuropática
3-Padrão de sono prejudicado relacionado a:	Evidenciada por:	7-Recuperação cirúrgica retardada relacionada a:	Evidenciada por:	11-Eliminação urinária prejudicada:	Evidenciada por:	15-Risco de sangramento relacionado a:
☐ Imobilização física ☐ Dor ☐ Dor ☐ Dor ☐ Dor ☐ Dor ☐ Dor	☐ Dificuldade para dormir ☐ Mudanças no padrão normal sono ☐ Relato de ficar acordado ☐ Insatisfação com o sono ☐ Queixas verbais de não se sentir tão descansado	☐ Infecção pós-operatória ☐ Dor	☐ Relato de dor ☐ Relato de desconforto ☐ Percepção mais tempo para recuperação	☐ Dor sensorial-motor ☐ Inibição do trato urinário ☐ Múltiplas causas ☐ Obstrução anatômica	☐ Refluxo urinário ☐ Dor ☐ Dor ☐ Dor ☐ Dor	☐ Trauma ☐ História de quedas ☐ Efeitos secundários ☐ Relato de sangramento
4-Integridade da pele prejudicada:	Evidenciada por:	8-Contaminação relacionada a:	Evidenciada por:	12-Dor aguda relacionada a:	Evidenciada por:	16-Risco de infecção relacionada a:
☐ Fatores mecânicos ☐ Circulação prejudicada ☐ Alterações na pigmentação ☐ Lesões na pele	☐ Alterações da estrutura da pele ☐ Descoloração da pele ☐ Rompimento da superfície da pele	☐ Mudanças de pigmentação ☐ Mudanças de pigmentação ☐ Mudanças de pigmentação ☐ Mudanças de pigmentação	☐ Alterações de pigmentação ☐ Alterações de pigmentação ☐ Alterações de pigmentação ☐ Alterações de pigmentação	☐ Dor aguda ☐ Dor aguda ☐ Dor aguda ☐ Dor aguda	☐ Relato verbal de dor ☐ Dor aguda ☐ Dor aguda ☐ Dor aguda	☐ Procedimentos invasivos ☐ Trauma ☐ Defesas primárias ☐ Defesas secundárias ☐ Defesas secundárias

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTD.
Raizrene da Silva Santos (lx)	03 0 1 0 1 0 0 9 8	
54 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	53 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - QTD.
Helena Cristina B. M. Bezerra (lx)	03 0 1 0 1 0 0 9 8	
55 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	56 - QTD.
Maria do Socorro A. Nogueira (lx)	03 0 1 0 1 0 0 9 8	
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTD.
Maristela Quincroz M. Mendes (lx)	03 0 1 0 1 0 0 9 8	
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	59 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - QTD.
61 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	62 - QTD.
63 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTD.
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	65 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - QTD.
67 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	68 - QTD.
69 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTD.
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	71 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - QTD.
73 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	74 - QTD.
75 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTD.
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	77 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - QTD.
79 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	80 - QTD.
81 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTD.
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	83 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - QTD.
85 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	86 - QTD.
87 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTD.
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	89 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - QTD.
91 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	92 - QTD.
93 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTD.
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	95 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - QTD.

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONSELHO REGIONAL
09/09/2014
Eduardo de Almeida Silva
Matrícula: 119085-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

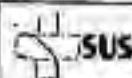
PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

13 JUL 2014



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

2 - CNES

2726971

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

4 - CNES

2726971

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edson Filinto de Sousa

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

58/12/1986

9 - SEXO

Male

10 - FONE

13

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mãe de Jesus Pereira de Sousa

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD. IDDE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRIMÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Silva Anderson Carlos Machado (3x)

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0301301301048

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fisioterapia

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

(3x) 0303104005

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fisioterapia

32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

(3x) 0303104005

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Material

34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

(3x) 0303104005

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente em cura de material com, para melhorar o sono e prevenir mais lesões.

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - CNES

43 - CPF

44 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - CNES

49 - CPF

50 - CDD. DO PROCEDIMENTO

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31/10/12

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

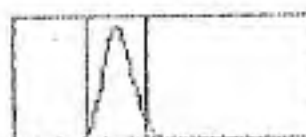
Paciente: EDSON FILINTO
Comentários:

ID Paciente: 4
ID amostra: 00049
Tipo: STANDARD

ID Operador:

Data: 24/09/2012 22:06:40 Seq#: 00057

	Result	Avisos	Unid	Limites normais
WBC	12.2	s	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 / 12.0
LYM	6.9	B	%	25.0 / 50.0
MON	4.8		%	2.0 / 10.0
NEU	85.1	A	%	50.0 / 90.0
EOS	0.9		%	0.0 / 5.0
BAS	0.8		%	0.0 / 2.0
LYM	1.1		$10^3/\mu\text{L}$	1.0 / 5.0
MON	0.6		$10^3/\mu\text{L}$	0.1 / 1.0
NEU	10.4	A	$10^3/\mu\text{L}$	2.0 / 8.0
EOS	0.1		$10^3/\mu\text{L}$	0.0 / 0.4
BAS	0.0		$10^3/\mu\text{L}$	0.0 / 0.2
RBC	4.77		$10^6/\mu\text{L}$	4.00 / 6.20
HGB	14.3		g/dL	11.0 / 17.0
HCT	42.4		%	35.0 / 55.0
UCN	88.9		km^3	80.0 / 100.0
HCM	30.0		pg	26.0 / 34.0
CHCM	33.7		g/dL	31.0 / 36.5
RDW	13.0		%	10.0 / 16.0
PLT	332		$10^3/\mu\text{L}$	150 / 400
UPH	8.8		km^3	7.0 / 11.0
PCT	0.293		%	0.200 / 0.500
PDW	14.9		%	10.0 / 18.0



AVISOS: NE
LEUCOCITOSE LINFOPENIA NEUTROFILIA

ARRREGADOS PLASQUETARIOS

Comentários:

(EDR)
Serv Tec de Segs Ltoa

13 JUN 2014

PROTOCOLO

Handwritten signature

HOSPITAL GERAL VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 09/09/2014
Assinado por: André de Silva
Matrícula: 019065-9

Cv-0,9

Gh-96

TAP 14,8"

115%

JNR- 0,97

TTPA 39,2"

Nome: EDSON FELINTO

Comentários:

ID Paciente: 024 ORTOPEDIR

ID amostra: 00010

Tipo: STANDARD

Operador:

Data: 23/09/2012 11:58:32 Seq#: 00020

Result.	Aviços	Unid	Limites normais:
WBC 11.000		$10^9/\mu l$	4.0 / 12.0
LIN% 24 b		%	25.0 / 50.0
MON% 02		%	2.0 / 10.0
NEU% 64		%	50.0 / 80.0
EOS% 0.3	A	%	0.0 / 5.0
BAS% 0.2		%	0.0 / 2.0
BAST 02			
LINF 2.4		$10^3/\mu l$	1.0 / 5.0
MON 0.6		$10^3/\mu l$	0.1 / 1.0
NEU 2.0		$10^3/\mu l$	2.0 / 8.0
EOS 0.9	A	$10^3/\mu l$	0.0 / 0.4
BAS 0.0		$10^3/\mu l$	0.0 / 0.2
RBC 5.94		$10^6/\mu l$	4.00 / 6.20
HGB 17.6	a	g/dl	11.0 / 17.0
HCT 52.9		%	35.0 / 55.0
UCM 89.1		μm^3	80.0 / 100.0
HCM 29.6		pg	26.0 / 34.0
CHCM 38.3		g/dl	31.0 / 35.5
RDW 13.0		%	10.0 / 16.0
PLT 366000		$10^9/\mu l$	150 / 400
UPM 8.5		μm^3	7.0 / 11.0
PCT 0.310		%	0.200 / 0.500
PDW 12.5		%	10.0 / 18.0



AVISOS: N2

LINEOPENIA, EOSINOFILIA

ERITROBLASTOS

AGREGADOS PLAQUETARIOS

Comentários:

(EDR)
Serv Téc de Segs Ltda

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

COMPART. COM OFICIAL

09 09/10/2014

Edson Felinto de Silva

Matricula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

APPENDIX

1 - Higiene corporal		() Manter higiene corporal	
() Realizar / auxiliar banho no leito - aspersão - cadeira		() Observar e anotar presença de tábua	
Higiênica		() Aspergir vasaletas / S/N	
() Realizar / auxiliar higiene oral (cloroxidinalescova) ocular(SF)		() Observar e anotar aspectos da secreção das vias aéreas	
() Realizar higiene íntima e cada troca de fralda		() Observar e anotar aspectos da secreção das vias biliares	
() Realizar massagem de conforto e hidratação			
() Realizar tricotomia			
() Realizar lavagem do couro cabeludo			
2 - Alimentação		7 - Observar, anotar e comunicar	
() Jejum para: <u>NENHUM</u> em 04/09/12	06	(X) Alterações das sinais vitais:	
() Auxiliar, estimular observar e anotar aceitação da alimentação		() Sinais de hipó/hiperlipidemia; S/O-cholesterol	
() Estimular ingestão hídrica		() Sinais de desidratação capilar < 120ml/dl	
		() Mudanças do nível de orientação	
		() Local da punção venosa (sinais flogísticos)	
		() Edema / hematoma / equimose / tremor / câimbra	
		() Náuseas / vômitos	
		(X) Queixas algicas: local / intensidade	
		() Hipertensão em proeminências ósseas e partes moles	
3 - Conforto físico		8 - Cuidados específicos	
() Manter repouso absoluto / relativo	/ horas	() Fazer todo o local da aplicação de insulina	
() Realizar mudança de decúbito de		() Fazer todo o local da difusão capilar	
() Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito		() Comunicar e registrar queixas algicas: local/intensidade	
() Sentar na poltrona por		9 - Hemodinâmica	
() Estimular/auxiliar na deambulação		(X) Verificar e anotar SSV de 6 / 6 h	
() Manter grades elevadas		() SVD	
() Proteger proeminências ósseas com coxins		() SNG	
() Realizar e supervisionar medidas de contenção		() Equipe de nutrição enteral	
4 - Eliminações		10 - Cuidados pré-operatório	
() Anelar frequência e aspecto das evacuações		() Refinar próteses e adonios	
() Oferecer papagaio/aparelho		(X) Encaminhar ao banho de aspersão	
5 - Curativo		(X) Fornecer vestimenta adequada ao ato cirúrgico	
() Realizar curativo em região:		(X) Encaminhar o paciente ao CC com prontuário e exames	
() Realizar curativo do dreno;		() Realizar tricotomia na região:	
() Realizar curativo de úlcera por pressão;		11 - Cuidados pós-operatório	
() Observar e anotar aspecto da FO		() Medir diurese	
6 - Conforto respiratório		() Registrar e comunicar presença de sangramento na FO	
() Observar e comunicar dispnéia / cianose			

PROTÓCOLO

17 18 04/09/12

P.T.C.

~~Vid. Ent. Mou. des Guacón~~
~~ASSINATURA DO CRIMBO ENFERMEIRO(A)~~

M^{re} do Sacerdote A. Norberto

MOD-109-HGV

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico: Gilberto de Sousa		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	Ortopédica	ENFERMAGEM	LEITURAS	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES			
26/9/2012	1- DIETALIVRE						
	2- SF 0,9% 1000 ML, EV 14 GOTAS/MIN						
	3- RANITIDINA 50 MG 2 ML + 18 ML AD EV 12/12H						
	4- CEFALOTINA 1 G/10 ML AD EV 6/6H D3						
	5- HEPARINA 5000 0.25 ML SC 12/12H						
	6- DIPIRONA 1 G 2 ML + 8 ML AD EV 6/6H						
	7- DICLOFENACO 50 MG - 1 CP VO 8/8 S/N						
	8- TRAMADOL 100 MG + 100 ML SF 0,9% EV 8/8H S/N						
	9- PLASIL 10 MG 2 ML + 8 ML AD EV 8/8H S/N						
	10- FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E MOTORA						
	11- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO						
	12- CCGG + SSVV						
	13- ALTA HOSPITALAR						

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONF. 09/09/2014
Médico: Gilberto de Sousa

Matrícula: 01.055-9
CNPJ: 075.080.303-97

ED(2)
Serv. Téc. de Segs. LUG
3 JUN 2014
PROTOCOLO

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

End. Resid.: RUA FERROVIÁRIA N 8471 - TODOS OS SANTOS

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64080-530

Sexo:
MasculinoNascimento:
28/12/1986Idade:
25a:8m:29dEstado Civil:
Solteiro(a)Profissão:
ESTUDANTE

Sintomas e sinais principais:

Pseudo cefaléia - febre - dor orca

Diagnóstico Definitivo:

Dor orca

CID Primário

☐ ☐ ☐ ☐

CID Secundário

☐ ☐ ☐ ☐

Procedimento Realizado:

Hemorragia

Cod. Procedimento:

Internação

Alta

Permanência

Data
23/09/2012Hora
16:55Data
26/09/12

Hora

3 dias

ALTA

- ☐ 1.1 Curado ☒ 1.2 Melhorado ☐ 1.3 Da Puerpura e permanência do recém-nascido
☐ 1.4 Pedido ☐ 1.5 Com previsão de retorno p/ acompanhamento do paciente
☐ 1.6 Por Evasão ☐ 1.7 Da Puerpura e Recém-Nascido ☐ 1.8 Por Outros Motivos

PERMANÊNCIA

- ☐ 2.1 Características próprias da doença ☐ 2.2 Intercorrência ☐ 2.3 Impossib. Sécio-Familiar
☐ 2.4 Processão Doação Órgão-Doador Vivo ☐ 2.5 Processão Doação Órgão-Doador Morto
☐ 2.6 Por Mudança de Procedimento ☐ 2.7 Por Recuperação ☐ 2.8 Por Outros Motivos

TRANSFERÊNCIA

- ☐ 3.1 Para Outro Estabelecimento

ÓBITO

- ☐ 4.1 Com declaração de óbito fornecida pelo Médico Assistente
☐ 4.2 Com declaração de óbito fornecida pelo I.M.L.
☐ 4.3 Com declaração de óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Outro

- ☐ 5.1 Encerramento Administrativo

Próxima AIH:

(EDR)
Serv Téc de Segs Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

Ass. Médico Assistente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em 09/09/2014

Edna Maria Andrade Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO

copil

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Ao Sr(a). **EDSON FILINTO DE SOUSA**

ATESTADO

ATESTO QUE O SE EDISON FILINTO
DE SOUSA SOFREU FRATURA PÉRNA
ESQ COPM PERDA OSSEA ONDE FOI
SUBMETIDO A A LONGAMENTO OSSEO
COM FIXADOR CIRCULAR APRESENTA
COINSOLIDAÇÃO POLREM SEQUELA
DEFINITIVA DE PERDA DE 75% DA FUN-
ÇÃO DA PERNA ESQ.

Dr. Alvisio Ferraz Arcovede
CRM-PI 2463

Dr. Osvaldo Moura Campos
CRM-PI 1357

Dr. Jorge Henrique T. Cury
CRM-PI 1388

Dr. João Silveira Barros
CRM-PI 1349

Dr. Yuri Jivago Félix
CRM-PI 2308

Dr. José Renato B. Gomes
CRM-PI 2083

Dr. Durval Tércio Nunes Leal
CRM-PI 1995

Dr. Themistocles Ramos
Neto
CRM-PI 2798

M841

Teresina 10 de Março de 2014

Dr. Themistocles Ramos
CRM - 2798 - TEOT - 8324
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Dr. Themistocles Ramos Neto
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PI 2798

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692/S
Fone: (86) 3222-4488 - Fone/Fax: (86) 3222-4773
CEP 64.001-390 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

copil Clínica Ortopédica do Piauí Ltda

CNPJ 12.317.665/0002-93

Rua Raimundo Portela, 1220 - Bairro de Fátima
Fone: (86) 3233-3492 - Fone/Fax: (86) 3232-2300
CEP 64.049-310 - Teresina - Piauí

(EDR)
Serv Téc de Segs Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

copil

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires da Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4488

Fone: (86) 3222-4773 - Fone do Jockey 3232-2300

CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

RECIBO R\$

~~822,00~~

Recebemos de

Edson Filinto de Sousa

a importância de

~~822,00~~ ~~822,00~~

Correspondente a

Rx perna esquerda

Teresina (PI)

29 de outubro de 2013

Kardinal Gomes Pinheiro

copil

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires da Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4488

Fone: (86) 3222-4773 - Fone do Jockey 3232-2300

CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

RECIBO R\$

~~822,00~~

Recebemos de

Edson Filinto de Sousa

a importância de

~~822,00~~ ~~822,00~~

Correspondente a

Rx perna esquerda

Serv. Tec. de Suporte Clín.

13 JUN 2014

PROTOCOLO

Teresina (PI)

30 de Junho de 2013

[Signature]

Evolução 2013

copil**Clinica Ortopédica do Piauí Ltda.**

Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4773

Fone: (86) 3222-4486 - CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

CNPJ 12.317.665/0002-93

Rua Raimundo Portela, 1220 - Bairro de Fátima - Fone: (86) 3233-3492

Fone/Fax: (86) 3232-2300 - CEP 64.049-310 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

RECIBO R\$

~~1000,00~~Recebemos de Gilson Filinto de Souza

a importância de

R\$ 600,00seiscentos e nada

Correspondente a

RX perna esquerda

Teresina (PI),

10

de

marçode 2014Kardinal Gomes Pinheiro(EDR)
Serv Têc de Sogs Lica

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

copilClínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4773

Fone: (86) 3222-4488 - CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

CNPJ 12.317.665/0002-93

Rua Raimundo Portela, 1220 - Bairro da Fátima - Fone: (86) 3233-3492

Fone/Fax: (86) 3232-2300 - CEP 64.049-310 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

046794

RECIBO R\$

Recebemos de Gabson Firlinto de Sousaa importância de ~~R\$ 200,00~~ CompartilhadoCorrespondente a RX perna esquerdaTeresina (PI) 20 de dezembro de 2013Karoline Gomes Pinheiro**copil**Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4773

Fone: (86) 3222-4488 - CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

CNPJ 12.317.665/0002-93

Rua Raimundo Portela, 1220 - Bairro da Fátima - Fone: (86) 3233-3492

Fone/Fax: (86) 3232-2300 - CEP 64.049-310 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

RECIBO R\$

Recebemos de Gabson Firlinto de Sousaa importância de ~~R\$ 200,00~~ CompartilhadoCorrespondente a RX perna esquerda

RECIBO
SERV. LEG. DE SIG. E LUG.
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

2013

LVO Lucena

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494
Requisição: 216835 Solicitação: 11/04/2012
Controle: 277931 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 11/04/2012

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura alinhada na diáfise da ulna fixada por placa e parafusos metálicos.
- Edema de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

15/06/12
Recibo Busto
13 JUN 2012



**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494
Equipção: 213046 Solicitação: 25/03/2012
Controle: 273147 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

od. SIA: 0204040019

Data Exame: 25/03/2012

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura desalinhada na diafise da ulna.
- Edema de partes moles.

LANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

15/06/12
Carla Brito
Sec. de Saúde
Suplente de Sec. de Saúde - PI
SA 12000-00
2012/06/15





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 214142
Requisição: 206086 Solicitação: 26/02/2012
Controle: 264329 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 26/02/2012

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço foi realizado nas incidências: em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura desalinhada na diáfise da ulna.
- Edema de partes moles.

(BRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

CONFERIDO COM O ORIGINAL
Teresina, PI 15 LOC 42

Carla Brito



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)

Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494

Aquisição: 206455 Solicitação: 28/02/2012

Controle: 264784 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

Id. SIA: 0204060168

Data Exame: 28/02/2012

PERNA ESQUERDA (2 INCID.)

O estudo radiológico da perna foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada na diáfise dos ossos da perna com perda de substância osso da tíbia.
- Presença de fixador externo.
- Edema de partes moles.

IANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

TERESINA, PI 15 06 12
Pecilia Pinto





LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 214142
Requisição: 206086 Solicitação: 26/02/2012
Controle: 264327 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 26/02/2012

PERNA ESQUERDA (2 INCID.)

O estudo radiológico da perna foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na diafise dos ossos da perna.
- Edema de partes moles.

RANDI SILVA

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

133.903.173-68
15/06/12
Pecilia Brito

Assinatura
Carla de Souza - HUT
Téc. de Radiologia



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TOCOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 214142
Requisição: 206086 Solicitação: 26/02/2012
Controle: 264328 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIÁ: 0204060117

Data Exame: 26/02/2012

COXA ESQUERDA

O estudo radiológico da coxa foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Edema de partes moles.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

TERESINA, 08 de Maio de 2012
15/06/12
Carla Brito



CAIXA

MAIO/2007

Cando de uso pessoal e intransferível.
Devo ser apresentado junto com um documento de identidade.

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

040.941.143-43

EDSON FILINTO DE SOUSA

28/12/1965



(EDR)
Rec de Segs

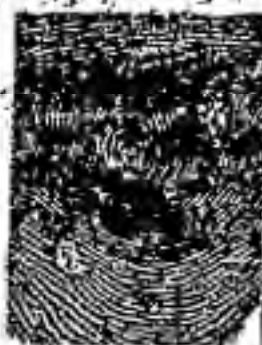
3 JUN. 2004

ROTOCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS



Polegar Direito



Assinatura do Titular

Edson Filinto de Sousa

CARTeira de IDENTIDADE

JOÃO DE DEUS MARTINS

REGISTRO GERAL 5001108-1

DATA DE EMISSÃO 02/02/2004

Modelo e Emissão FILINTO DE SOUSA

EDSON FILINTO DE SOUSA

MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE PI

TERESINA PI

CEBILASC 137043 FLS 420 LIV 1841

1ª TERESINA PI

Eliseth Gomes Vieira Cavalcante

Eliseth Gomes Vieira Cavalcante

SEX

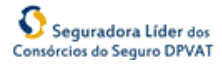
DATA DE NASCIMENTO 28/12/1966



LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

(EDR)
Serv Tec de Segs Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014503744**Cidade:** Teresina**Natureza:** Invalidez**Vítima:** EDSON FILINTO
DE SOUSA**Data do acidente:** 26/02/2012**Emissor do parecer:** Carolina Maia
Santos de Oliveira**Seguradora:** Tokio Marine
Seguradora S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE
MEDICINA ESPEC.EM
SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

PARECER

Data da análise: 10/07/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA MIE + MSE**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL MIE + MSE**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** DANO LEVE MIE + MSE**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ARNALDO KACELNIK**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	25

Valor avaliado: 4.725,00

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: 14/07/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON FILINTO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000024083-0

Nr. da Autenticação A43EE0D7ECE4C536

DADOS DO PROCESSO

Processo nº 0033899-81.2018.818.0001 (185 dias em tramitação)

Processo nº 003059-0/2018.0.10.0001 (105 dias em tramitação)		Nome		Identidade	CPF	Advogados	Endereço
Promovente	 EDSON FILINTO DE SOUSA	Nome		Identidade	040.941.143-43	Mostrar/Ocultar	
Promovido	 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.	Nome		Identidade	CPF	Advogados	Endereço
Testemunha		Nome		Identidade	09.248.608/0001-04	Mostrar/Ocultar	
Terceiro		Nome		Identidade	CPF	Advogados	Endereço
Proc. Principal	O Próprio		Identidade		CPF	Advogados	Endereço
Proc. Principal				Recursos Originários/Ações Autônomas			
Juiz:	J.E. Cível Teresina Zona Sudeste - Bairro Recanto das Palmeiras - Anexo 1 CEUT(Teresina) Juiz: JORGE DA COSTA						
Assunto:	VELOSO						
Complementares:	DIREITO DO CONSUMIDOR						
Classe:	Procedimento do Juizado Especial Cível « Procedimento de Conhecimento » Processo de Conhecimento «						
Segredo de Justiça	NÃO						
Fase Processual:	CONHECIMENTO						
Situação:	Objeto: OBJETO NÃO CADASTRADO						
Valor da Causa:	R\$ 0,00						
Cartório	Data de Distribuição: 29 de Dezembro de 2018 às 14:27:05						
Extrajudicial:	Último Evento: HABILITAÇÃO ADMITIDA - HERISON HELDER PORTELA PINTO 5367 NPI (Advogado Habilitado)						
Petições P/ Analisar: 0 petição(ões)	Prioridade						
INEXISTENTE				Prazos Para certificar em Vara: 0 intimações			
				2 cumprimentos do cartório			

Destacar movimentações realizadas por:

☐ Magistrados ☐ Secretaria ☐ Advogados ☐ Ministério Público ☐ Cartórios Extrajudiciais ☐ Turma Recursal ☐ Outros

Navegar pelo Processo

Nº	Eventos do Processo	Data	Perfil	Movimentado por	Arquivos/Observação
10	HABILITAÇÃO ADMITIDA - HERISON HELDER PORTELA PINTO 5367 NPI (Advogado Habilitado)	02/07/2019 12:09	Diretor de Secretaria	INGRID BALDOINO SERVIO PESSOA	
9	Promovido SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.	01/07/2019 18:08	Advogado	HERISON HELDER PORTELA PINTO	
Arquivos:	MANIFESTAÇÃO Ass.: HERISON HELDER PORTELA PINTO	Data inclusão: 01/07/2019 18:08	2563675 ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf		
	MANIFESTAÇÃO Ass.: HERISON HELDER PORTELA PINTO	Data inclusão: 01/07/2019 18:08	Anexo_01---.pdf		
8	Juntada de Petição de Requisição de Habilitação	26/06/2019 09:34	Advogado	HERISON HELDER PORTELA PINTO	
7	Juntada de Comprovante Citação	04/02/2019 13:51	Técnico Judiciário	MARIA JOSE BELEZA CARVALHO	
6	Citação expedida(a) Para SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.	07/01/2019 12:41	Técnico Judiciário	MARIA JOSE BELEZA CARVALHO	
5	Expedição de Citação Para SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.	29/12/2018 14:27	Administrador do Sistema	SISTEMA CNJ	
4	Intimação Id(e) (Para EDSON FILINTO DE SOUSA) em 29/12/18 *Referente ao evento Audiência Una Designada(29/12/18)	29/12/2018 14:27	Administrador do Sistema	SISTEMA CNJ	
3	Audiência Una Designada (Agendada para 11 de Setembro de 2019 às 11:30)	29/12/2018 14:27	Administrador do Sistema	SISTEMA CNJ	
2	Distribuído por Sorteio J.E. Cível Teresina Zona Sudeste - Bairro Recanto das Palmeiras - Anexo 1 CEUT(Teresina)	29/12/2018 14:27	Administrador do Sistema	SISTEMA CNJ	
1	Recebido pelo Distribuidor Origem: OAB15086NPI	29/12/2018 14:27	Advogado	ROSIMAR SENA CASTELO BRANCO	

Voltar

Exibir Imagem Imprimir