

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2015

Carta nº: 8086053

A/C: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

Sinistro: 3150708647
Vitima: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2015

Carta nº: 7605106

A/C: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

Sinistro: 3150708647
Vitima: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA
Data Acidente: 27/09/2014
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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2015

Carta nº: 7642967

A/C: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

Sinistro: 3150708647
Vítima: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
5ª CIPM PAULISTANA – PI



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

1. OBJETIVO:

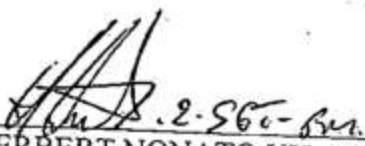
Informar sobre a ocorrência de trânsito, envolvendo uma motociclêta, fato ocorrido no dia 27 de setembro de 2014, por volta das 16h00min, na saída da cidade de Caridade do Piauí-PI.

2. DESENVOLVIMENTO:

Venho por meio deste, relatar que por volta das 16h00min do dia 27 de setembro de dois mil e quatorze, recebi uma ligação informando que havia ocorrido um acidente de trânsito na saída de Caridade do Piauí, sentido a Paulistana – PI, logo depois do posto de gasolina da cidade. Constatamos o fato ao deslocar até o ponto informado uma equipe deste GPM, que pôde confirmar tratar-se da vítima do acidente o Sr. JOSÉ RAIMUNDO DE SOUSA, nascido em 07/09/71, RG nº 55.281.748-X e CPF nº 956.995.033-15, filho de Raimundo Eliseu de Sousa e Josefa Ernestina de Sousa, residente na Rua Paraná, s/n – Bairro Arapiraca na cidade de Paulistana – Piauí, a vítima era o condutor da motocicleta Moto Honda CG 125 FAN, Chassi 9C2JC30706R895694, cor Amarela, ano/modelo 2006/2006. Placa JOQ – 5562, de propriedade da própria vítima. Segundo informações, a vítima perdeu o controle da moto o que favoreceu o acidente. A vítima foi levada para o HUT – Hospital de Urgência de Teresina em virtude das graves feridas.

Era o que tinha a relatar,

GPM em Caridade do Piauí- PI, 22 de julho de 2015.


2º SGT PM /PI HERBERT NONATO VILA NOVA DA SILVA
COMANDANTE DO GPM

ARUANA SEGUROS
12 AGO 2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020041137806 Nº 010982445781
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	889240744		2014
NOME			
JOSE RAIMUNDO DE SOUSA			
***** *****			
CPP / CNPJ		PLACA	
95699503315		J00-5562	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
J00-5562		9C2-JC30706RR95694	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG-125-FAN		2006	2006
CAP / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
002P/124CC	PARTIC	AMARELA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
1	1	1º IPVA	
FADA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º	
		3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	PAGO	03/10/10	10
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRICÇÕES			
LOCAL		DATA	
PAULISTANA		21/2/2014	
JOSE ANTONIO VASCONCELOS DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI			

ARUANA SEGUROS
 13 AGO. 2015

PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DE SÃO PAULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

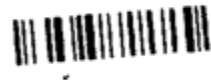
8110-9



JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

CARTÃO DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 5 T50/6



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

55.281.748-X DATA DE EMISSÃO 23/MAR/2011

JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA

JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA

PAULISTANA - PI

PAULISTANA - PI

07/SET/1971

CC: LV B8 / FLS: 168 / N: 000054

95699503/15

ARUNA SEGUROS

60. 2015

LEI Nº 7.167 DE 29/03/66



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Jose Ramundo de SousaRG nº 55281748 x data de expedição 23/03/11 Órgão SSP/SP

CPF nº 956.995.033-15, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Parana</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Arapiraca</u>
Cidade	<u>Paulistana</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64750-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: JOSE RAMUNDO DE SOUSA

ARUANA DE OLIVEIRA

13 AGO. 2015

Fatura Mensal

MATRICULA 2770327-4	Hidrômetro A131040371	Referência FEV/2015
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Nome/Razão Social/Endereço
FRANCISCO JOAO RODRIGUES
RUA PARANA, S/N
ARAPIRACA
PAULISTANA 64750000 AG= 66

Situação Água/Esgoto 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 79 2 05 0405 0474-000
------------------------------------	------------------	--	---

Período de Consumo De 07/01/2015	A 05/02/2015	Dias Consumo 29
--	---------------------	---------------------------

Mês/Ano	Histórico de Consumo Leitura	Consumo	Desc.
10/14	0	0	0
11/14	5	5	0
12/14	14	9	0
01/15	25	11	0
02/15	38	13	0

Forma de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL		
Cód. Responsável 028532417	Código da Tarifa 01	
Consumo Médio 5	Cons. Fixo Água	Cons. Fixo Esgoto
Consumo 13	Consumo Faturado 13	

Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
	AGUA	33,39
	MANUTENCAO HIDROMETRO	0,87

VENCIMENTO 15/02/2015	TOTAL A PAGAR (R\$) 34,26
---------------------------------	-------------------------------------

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 2 VALOR: R\$49,00
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30
DIAS APOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014/2013-MG							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Colif. Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Dúctis							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	2,20	1,00	0,00	7,50	0,00	0,00	0,00

ARUANA SEGUROS
13 AGO. 2015



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL "JUSTINO LUZ"

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Hospital José Bonifácio

Para:

HRT - HRT - HRT

Nome da pessoa encaminhada:

Nono de Souza

Registro:

Motivo da encaminhada:

Tratamento frontal e ambiente de 16hs
pedindo retorno para continuar tratamento
ambulatório

29/09/2014
Data

Franisco Batista Neto
CPF.: 096.519.593-15
CRM 96877
Clínica Médica Cirúrgica

Responsável pelo encaminhamento

OBS.: Deve ser arquivada no Centro
Saúde, Unidade Mista e Hospital local
Regional.

ARUANA SEGUROS
13/06/2015

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome da pessoa encaminhada:

Registro:

Diagnóstico e Orientação:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 centro cirúrgico

Nome do Paciente JOSE DOMINGOS DE SOUSA		
Diagnóstico pré-operatório MEMBRANA EPIPLICA + EPIDURAL CEFALICA UNILATERAL		
Operação - Tipo CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA		
Cirurgião MARCELLO BARBOSA	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestésista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação 30/05/14	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório Compilando		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidentes Durante a Operação NAO		

HUT RIME
 17

ARUANA SEGUROS
 13 AGO. 2015

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

1. **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**
2. **PREPARAÇÃO DO CAMPO CIRÚRGICO**
3. **CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA**
4. **CRANIECTOMIA E T.P.**
5. **DRENAGEM DE MEMBRANA EPIPLICA UNILATERAL**
6. **CRANIOPLASTIA**
7. **HEMOSTASE**
8. **FURNAMENTO POR PLASTY**
9. **LIMPEZA E CURATIVO**

Dr. Marcelo Dias de
 Oliveira Barbosa
 NEUROCIRURGIÃO
 CRM 13.119

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Jose Ramon de Sousa</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>30/09/14</i>	PARTERIAL: <i>70/100</i>	PULSO: <i>110</i>	RESPIRAÇÃO: <i>20</i>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <i>Taguipneu</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO: <i>Pericard. Fe-Lis</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL: <i>TORPOR</i>			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Hemotoma esternal</i>				FÍSICO: <i>1,75m 55kg</i>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES): <i>10:20 16:20 17:20</i>				APLICADO AS		EFEITOS
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				Fentanyl - 200ug	
	1 2 3				Propofol - 200ml	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				Fentanil - 40mg	
					Sevoflurano 2,5%	
TEMPERATURA T	<i>38</i>				Ortop - 20mg	
					Albuterol 2,5%	
P. ARTERIAL V O PULSO	38				Fentanil 20ug	
					Mentol 20g + 2i	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					Fentanil 20ug	
					Fentanil 20ug	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					Fentanil 20ug	
					Fentanil 20ug	
RESPIRAÇÃO O					Fentanil 20ug	
					Fentanil 20ug	
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS	<i>Genal balanceada</i>				INCIDENTE - <i>ARUANA S. CORROS</i>	
OPERAÇÕES	<i>Inf. Arterial Hemotoma esternal + Curativo</i>				DURAÇÃO: <i>20, 25, 30</i>	
CIRURGIÕES	<i>Mozalim</i>				CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
ANESTESISTAS	<i>Nilson</i>					
<p style="text-align: center;">Dr. Nilson Ribeiro Soares Médico Anestesiologista CRM - PI 1699 / CRM - MA 3749</p>						
PARTICULARIDADES						

17/09/14



NOME DO PACIENTE

José Raimundo de Sousa

PRONTUÁRIO
329649

CLÍNICA

Neurologia

ENR. ou APT

LEITO
216/156

MÉDICO ASSISTENTE
Marcilio.

DATA/HORA
CÓDIGO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

QUANT.

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

09/10/14

Shoberon = 15

ARUANA SEGUROS
13 A GO. 2015

Norma

1 Dieta branda

2 SF 0,9% 2000ml EV dia
KCL 10% 10ml/soro

3 Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h

4 Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h

5 Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS)

6 Fenitoína 2ml + 18ml AD EV lento 8/8h

~~7 Haldol 1amp + 20ml AD EV (SOS)~~

8 Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)

9 Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h AcM

10 Risperidona 1mg VO 12/12h

11 Clorexidina gel/liquido - higiene oral 2x dia

12 Cabeceira a 0°

13 SSV 6/6h

Shoberon

Dr. Raimundo Mendes de Castro Júnior
Neurocirurgião
CRM 947


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

Nome: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Local: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:0m:21d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 421436
 Identificação: 464090 Solicitação: 28/09/2014 Solicitante: MARCUS CESAR LOPES
 Telefone: 588747 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

SIA: 0206010044

Data Exame: 28/09/2014

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

MÚLTIPLAS FRATURAS ENVOLVENDO AS PAREDES DOS SEIOS FRONTAIS, MAXILARES, LÂMINAS
 ALVEOLARES, OSSOS NASAIS E TETOS ORBITÁRIOS, COM DESLOCAMENTO INFERIOR DE FRAGMENTOS
 OSSOS NESTA ÚLTIMA TOPOGRAFIA.
 HEMOSSINUS.

(ANTONIO)

TERESINA - PI 28/09/2014

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



**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

Nome: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Endereço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:0m:21d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 421436
 Localização: 464091 Solicitação: 28/09/2014 Solicitante: MARCUS CESAR LOPES
 Coleção: 588748 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 28/09/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

RELATÓRIO:

EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL DIFUSO.
 FRATURAS COMINUTAS NOS OSSOS FRONTAIS, COM TRAÇO DE FRATURA ESTENDENDO-SE AO EMPORAL DIREITO.
 CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS FRONTAIS BILATERAIS, NOTADAMENTE À DIREITA.
 HEMATOMA EPIDURAL AGUDO FRONTAL DIREITO, COM GÁS DE PERMEIO, DETERMINANDO EFEITO COMPRESSIVO SOBRE O PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO E CORNOS FRONTAIS DOS VENTRÍCULOS BILATERAIS, DESVIANDO LEVEMENTE A LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.

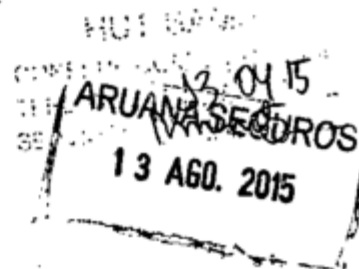
ANTONIO)

TERESINA - PI 28/09/2014

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável





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

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA (Prontuário: 329649)
Local: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
Data de Nascimento: 07/09/1971 **Idade:** 43a:0m:21d **Sexo:** Masculino **Origem:** INTERNAÇÃO **Atendimento:** 116993
Identificação: 464159 **Solicitação:** 28/09/2014 **Solicitante:** CLERISTON SILVA MOURA
Registro Profissional: 588829 **Convênio:** S U S **CLÍNICA NEUROLOGIA - P07** **ENFERMARIA 216** **LEITO 156**

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 28/09/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

RELATÓRIO:

EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL DIFUSO.
 FRATURAS COMINUTAS NOS OSSOS FRONTAIS, COM TRAÇO DE FRATURA ESTENDENDO-SE AO TEMPORAL DIREITO.
 CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS FRONTAIS BILATERAIS, NOTADAMENTE À DIREITA.
 HEMATOMA EPIDURAL AGUDO FRONTAL DIREITO, COM GÁS DE PERMEIO, DETERMINANDO EFEITO COMPRESSIVO SOBRE O PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO E CORNOS FRONTAIS DOS VENTRÍCULOS BILATERAIS, DESVIANDO LEVEMENTE A LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.

ANTONIO)

TERESINA - PI 28/09/2014

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

RECEBIDO
 CONTABILIDADE
 TERESINA - PI
 SERVIDOR: Amend
 13/09/15



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

Nome: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Local: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:0m:23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 116993
 Inscrição: 464789 Solicitação: 30/09/2014 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
 Coleção: 589624 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LETTO 158

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 30/09/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

RELATÓRIO:

EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL DIFUSO.
 FRATURAS COMINUTAS NOS OSSOS FRONTAIS, COM TRAÇO DE FRATURA ESTENDENDO-SE AO TEMPORAL DIREITO.
 CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS FRONTAIS BILATERAIS, NOTADAMENTE À DIREITA.
 HEMATOMA EPIDURAL AGUDO FRONTAL DIREITO, COM GÁS DE PERMEIO, DETERMINANDO EFEITO COMPRESSIVO SOBRE O PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO E CORNOS FRONTAIS DOS VENTRÍCULOS BILATERAIS, DESVIANDO LEVEMENTE A LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.

OB: EXAME SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS EM RELAÇÃO AO ANTERIOR DATADO DE 28/09/2014.

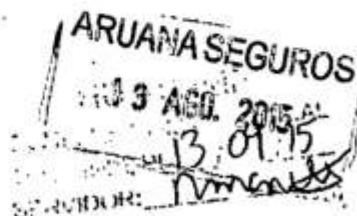
30 DE AGOSTO)

TERESINA - PI 30/09/2014

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável




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

Nome: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Endereço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:1m:25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 116993
 Inscrição: 465358 Solicitação: 02/10/2014 Solicitante: JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR
 Número: 590336 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 218 LEITO 156

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 02/10/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

RELATÓRIO:

EXTENSA CRANIECTOMIA FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL DIREITA.
 FRATURAS NOS OSSOS FRONTAIS, NO OSSO ESFENOIDAL DIREITO, NAS PAREDES LATERAL E MEDIAL A ÓRBITA DIREITA, NA PAREDE MEDIAL DA ÓRBITA ESQUERDA, EM PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO.
 PANOSINUSORRAGIA.
 ÁREA DE EDEMAS NOS LOBOS PARIETAL E OCCIPITAL DIREITOS.
 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO EM CONVEXIDADE FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL DIREITA, ESTENDENDO-SE AO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO EM CONTIGUIDADE, COM BOLHAS GASOSAS DE PERÍMETRO.
 HEMATOMAS INTRAPARENQUIMATOSOS AGUDOS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS MARGINAIS, PAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES E COMPRIMINDO OS CORNOS FRONTAIS DOS VENTRÍCULOS LATERAIS.
 AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

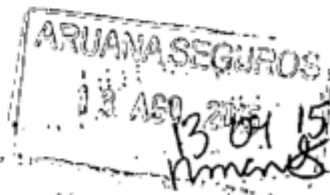
ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2014

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável




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

Nome: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Endereço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:1m:29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 116993
 Número: 466388 Solicitação: 05/10/2014 Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES
 Telefone: 591637 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 156

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 05/10/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

RELATÓRIO:

EXTENSA CRANIECTOMIA FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL DIREITA.
 FRATURAS EM OSSOS FRONTAIS E OSSOS DA FACE.
 ÁREA DE EDEMAS NOS LOBOS PARIETAL E OCCIPITAL DIREITOS.
 HEMATOMAS INTRAPARENQUIMATOSOS AGUDOS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS MARGINAIS,
 PAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES E COMPRIMINDO OS CORNOS FRONTAIS DOS
 VENTRÍCULOS LATERAIS.
 AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
 AUSÊNCIA DE HIDROCEFALIA.
 HEMATOMA EM PARTES MOLES EXTRA-CRANIANAS DE REGIÃO FRONTO TEMPORO-PARIETAL
 DIREITA.

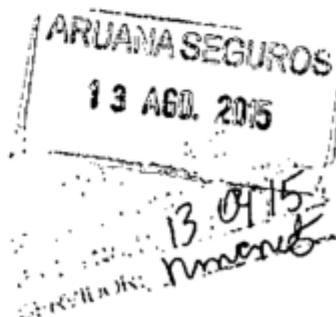
(ANTONIO)

TERESINA - PI 06/10/2014

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável




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

Nome: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Tipo: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:1m:1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 116993
 Solicitação: 467350 Solicitação: 08/10/2014 Solicitante: MARCOS ALCINO SOARES SIQUEIRA MARQUES
 Coleção: 592832 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 156

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 08/10/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA DO EXAME: foram realizados cortes tomográficos axiais paralelos a linha órbita meatal antes e após administração endovenosa de contraste.

EXTENSA CRANIECTOMIA FRONTO-PARIETO-TEMPORAL DIREITA.
 FRATURAS EM OSSOS FRONTAIS E OSSOS DA FACE.
 ÁREA DE EDEMA VASOGÊNICO NOS LOBOS PARIETAL E OCCIPITAL DIREITOS.
 CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS MARGINAIS, APAGANDO
 ULCOS CORTICAIS ADJACENTES E COMPRIMINDO OS CORNOS FRONTAIS DOS VENTRICULOS
 LATERAIS.
 AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
 AUSÊNCIA DE HIDROCEFALIA.
 HEMATOMA EM PARTES MOLES EXTRA-CRANIANAS DE REGIÃO FRONTO TEMPORO-PARIETAL
 DIREITA.

(ZAR)

TERESINA - PI 08/10/2014

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2014

13.04.15



NOME DO PACIENTE

DATA/HORA

CODIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

END. ou APT

MÉDICO ASSISTENTE

01:12.

28/08

2074

QUANT.

HORÁRIOS

LEITO

ARUANASEGUROS
13 A GO. 15

REPARTIÇÃO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

Dieta zero.

S.F. 0,33 2000ml EV 14h/sem.

Tablet Lam + MED 80 de 12/125.

CC 60 + SIVU de 6/6L.

Solicito: RCC + TC de face.

Quelicação e Bandagem da

lesão cutânea. BAF.

Marcus César Lopes

MEDICO

CRM: PI 1049 CPF: 079.450.353-53

ARUANASEGUROS

13 A GO. 15

REPARTIÇÃO DE ENFERMAGEM

LEITO

ARUANASEGUROS

13 A GO. 15

REPARTIÇÃO DE ENFERMAGEM

LEITO

ARUANASEGUROS

13 A GO. 15

REPARTIÇÃO DE ENFERMAGEM

LEITO

ARUANASEGUROS

13 A GO. 15

REPARTIÇÃO DE ENFERMAGEM

LEITO

ARUANASEGUROS

13 A GO. 15

REPARTIÇÃO DE ENFERMAGEM

LEITO

ARUANASEGUROS

13 A GO. 15

REPARTIÇÃO DE ENFERMAGEM

LEITO

12:04

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuario:

329649

Internação:

116993

Nome: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA**

End. Resid.: CENTRO - CENTRO

Cidade: PAULISTANA - PI

CEP: 64750-000

Sexo:

Masculino

Nascimento:

07/09/1971

Idade:

43a:0m:21d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

PEDREIRO

Internação

Alta

Permanência

Data

28/09/2014

Hora

03:02

Data

___/___/___

Hora

__:__

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

--	--	--	--

CID Secundário:

--	--	--	--

CID Causa Morte:

--	--	--	--

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: ___/___/___ Tipo: _____

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



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



Imp: 28/09/2014 00:55:46
 (YULLE)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA		Prontuário: 329649	
Mãe: JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA		Pai: RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA	
End. Resid.: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI - CEP: 64750-000			
Nascimento: 07/09/1971	Idade: 43a:0m:21d	Sexo: Masculino	Fone: 89-9458-9918
Responsável: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA		CNS: 162394561100001	
Profissão: PEDREIRO		Documento:	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 421436	Data: 28/09/2014 00:55:40	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não	Trauma: Não
			Maus Tratos: Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

[Handwritten Signature]
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: *NEUROLOGIAS*

*QUESTÃO DE NEXO CAUSAL
 TC DE CROMÍO NED + CROMÍO FENOL
 S/ ZONAS CROMÍO NO NEXO*

Dr. Marcelo D'Almeida de Oliveira Barbosa
 ORÇOCIRURGIÃO
 PI 3100
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ESPECIALISTA: *Clc (zarcanda)*

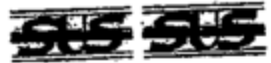
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *TC FEMORAL*

[Handwritten Signature]
 Carimbo/Assinatura Solicitante

ARQUIVADOS SEGUROS
13 AGO. 2015

DADOS DO PARECER:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA		Prontuário: 329649
Mãe: JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA		Pai: RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA
End. Resid.: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI - CEP: 64750-000		
Nascimento: 07/09/1971	Idade: 43a:0m:21d	Sexo: Masculino Fone: 89-9458-9918
Responsável: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA		CNS: 162394561100001
Profissão: PEDREIRO	Documento:	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 421436	Data: 28/09/2014 00:55:40	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não Trauma: Não Maus Tratos: Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: NECESSARIAS

QUESTO DO MESO URGENTE?
 TC TC crânio NED + Cervical flexão
 5) emissão crânio no momento

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
 Dr. Marcelo Dioso de
 Oliveira Barbosa
 Neurocirurgião
 Teresina-PI 3100

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ARQUIVA SEGUROS
 13 A60. 2015

ESPECIALISTA: Che (encarregado)

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TC semiss

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



NOME DO PACIENTE

Jose Raimundo de Saia

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

329649

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015

SEGURO DE SAÚDE SUPLENTE - SAÚDE
O HOSPITAL DE BOGOTÁ NÃO RECONHECE UMA VEZ CHEGADO AO
INTERESSADO RECONHECE O SEU RECONHECIMENTO

Ulceração + B.M.F.



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



Imp: 28/09/2014 00:59:21

(User: DOUGLAS LINA)
(Estação: ACC2)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

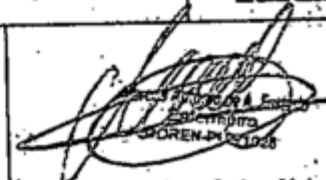
DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA		Prontuário: 329649	
Mãe: JOSSFA ERNESTINA DE SOUSA		Pai: RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA	
End. Resid.: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI - CEP: 64750-000			
Nascimento: 07/09/1971	Idade: 43a:0m:21d	Sexo: Masculino	Fone: 89-9458-9918
Responsável: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA		CNS: 162394561100001	
Profissão: PEDREIRO		Documento:	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)	
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 421436	Data: 28/09/2014 00:55:40	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não	Trauma: Não
			Maus Tratos: Não

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo	Destino: CONSULTORIO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TCE E TRAUMA DE FACE. APRESENTA HEMATOMA BIPALPEBRAL. ECG- 15. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA E DOR ABDOMINAL.		 Ass. Profissional Acolhimento:	

DADOS CLÍNICOS: *Acidente com nota expandido TCE e trauma da face.*

PA _____ X _____ mmHg			Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: <i>TCE</i>					

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
Ver prox. residência

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se Internação, indique o Procedimento a CID	
DATA: / /	HORA: :	0303040092	S088
		Procedimento: <i>Marcus César Lopes</i> CID	
		MÉDICO	
		CPF: 079.450.353-53	

Françoisa Pereira de Souza
Assinatura Paciente ou Responsável

Marcus César Lopes
Assinatura - Profissional Médico



Orgão Emissor: H221100001

ção Hospitalar (AIH)

AIH : 221410177871-3
UNI : H.U.T. (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO
07/09/1971

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

D. LIBERA: 03/10/2014 DT. LAUDO: Piirô dos Santos Macedo
PROCED.: 0403010020 CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA Médico Auditor - DRCAAF/SMS
OP. SIST.: CLIBENOR CRM: 227.587.043-15
CID: 5062 CPF: 770.753.150-0008

Identificação do Estabelecimento

1- Nome do estabelecimento HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2- CNES 5828856	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4- CNES 5828856	116993

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA	6 - Prontuário: 329649
7-CNS: 162394561100001	8-Nascimento: 07/09/1971
11-Mãe: JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA	12-Fone: 89-9458-9918
13-Resp: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA	14-Cor: Sem Informação
15-Ender: CENTRO - CENTRO - CEP: 64750-000	
16-Munic: PAULISTANA	17-Cod. IBGE: 220780
	18-UF: PI
	19-CEP: 64750-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2- Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Paciente com ICNC após queda de moto</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>IC</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>IC</i>			
23-Diagnóstico Inicial: Traumatismo cerebral difuso	24-CID Prin: S062	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 0403010020	27- Procedimento Solicitado: CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	Tempo SUS: 15
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: CPF
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA	32-Doc. Méd. Solic.: 788.537.703-25	34-Data Solicitação: 28/09/2014

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 03/10/14	50- Assinatura do Conselho (Rg. Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Sebastião Coelho de Sousa</i>	Usuário: (ALLINE) Consulta Local: 421436 Consulta SUS: Impressão: 01/10/2014 08:31:02
--	--

FHT

PRÉFECTURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA



Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30 / 09 / 14

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Raimundo de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>329649</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcilio</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Nelson</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Jesus</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI <u>nr. 24, 11</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	-	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL <u>nr 16</u>	UNID.	01	
JELCO Nº <u>34</u>	UNID.	02		<u>exipom</u>	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Surgief - unid.</u>	01		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>era p/oso - unid.</u>	01		
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>Duro 3,2 - unid.</u>	01		
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	<u>111111</u>	07					
FIÇA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>3</u>	<u>111</u>	03		CIRCULANTE: <u>Fátima Barros</u>			
PROLENE <u>4-0</u>	<u>111</u>	03					

ARUANA SEGUROS
30 AGO 2015
17:04:20

NOME DO PACIENTE José Raimundo de Sousa		PRONTUÁRIO 329649	CLÍNICA	ENE. ou ART Posto 03 215	LEITO 108	MÉDICO ASSISTENTE NEURO
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	EVOLUÇÃO MÉDICA:		OBSERVAÇÕES			
30/09/14	Amoxic + Hep P® Inib. Gama-5. ST de controle = Day 1,00m - 17ED. C/ta TPC Cigbalmico. 1 Dieta branda 2 SF 0,9% 2000ml EV dia KCL 10% 10ml/soro 3 Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h 4 Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h 5 Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS) 6 Fenitoína 2ml + 18ml AD EV lento 8/8h 7 Haldol 1amp + 20ml AD EV (SOS) 8 Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS) 9 Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM 10 SSVV 6/6h 11 Cigbalmico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h 12 Cigbalmico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h		AUT. ER. ZENON ROCHA TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: Olfato DATA: 30/09/14 às 10:27h Mucosa nasal H/2s scope em coposo no lento (3:04) p/ sc/HED, com ent, algo sonolento, hema- tomatos palpebral, labiato de cefaric e dor gástrica espúria, vómito. D. exp. m. b. na, aceitando dieta co- m líquidos, fe. T. de 38,0 de 38,0 e 38,0. D. de 38,0 ditareto. 1200h P. 130/80 P. 78 bpm 14:40 - bre ao cc. R 23/11 parando 2pm para almoço PA = 118 P = 104 Tax: 37,4			

ARUANA SEGUROS
13 AGO. 2015



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

DATA DE NASCIMENTO

DIA _____ MÊS _____ ANO _____

SEXO
 1-M/2-F
 1-M

NEURO

NOME: Jose Raimundo de Souza

PÓS OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA: Hemiorraquia extra-dural

DATA: 30.09.14

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.: 18:10

TIPO ANESTESIA: GERAL

S.V.R	HORÁRIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	<u>109/68</u>									
F. CARDÍACA	<u>96</u>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXÍMETRIA	<u>99%</u>									
NOME/ MATRÍCULA	<u>Uc. Osório</u>									

2- EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM	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)	<input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM <u>RESOLTIENADO</u>						
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL	<input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						

ARUANA SEGUROS
 13 AGO. 2015

NOME/ MATRÍCULA:

[Handwritten Signature]
 ALTA DA SRTA
 ANESTESIA: _____
 HORÁRIO: _____

DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
<input type="checkbox"/> SVD			900 ml de com plano silindrico
<input type="checkbox"/> SNG			
<input type="checkbox"/> DRENO DE SUÇÃO			
<input type="checkbox"/> DRENO DE PENROSE			
<input type="checkbox"/> DRENO DE KEHR			
<input type="checkbox"/> PLEUROSTOMIA			
<input type="checkbox"/> ESOFAGOSTOMIA			
<input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA			
<input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIA			
<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA			
<input type="checkbox"/> OUTRO			

4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18:10 Admitido na SEPA em POI de alto risco de hemorragia extrodural, sobejito de anestesia geral, desorientado, dispnico, respiração espontânea/O2/CPAP de

Ana Lígia Thiapina Leite
Enfermeira
COREN-PR nº 101.001

5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS _____ HORA: CLÍNICA DE ORIGEM UTI AMBULATÓRIO OUTRO:

OBSERVAÇÃO:

13 AGO 2015

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015

RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE: _____



PACIENTE: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA
SOLICITANTE: FRANCILUZ MORAIS BISPO
DATA: 05/01/2015 CÓD.:106179
EXAME: TC CRANIO
CONVÊNIO: RADIOLOGIA - PARTICULAR

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos multislice de 16 canais foram obtidos em axial com reconstruções multiplanares com espessura de 6 mm e intervalo de 3 mm.

RELATÓRIO:

Lesões hipodensas de limites parcialmente definidos localizadas em região do lobo frontal e parieto-occipital à direita.

Sinais de craniotomia com ausência da tábua óssea em região fronto-temporo-parietal à direita.

Discreta área líquida subdural localizada em região parieto-occipital à direita medindo aproximadamente 4,0 x 1,5cm.

Parênquima encefálico com coeficientes de atenuação normais.

Ventrículos laterais, 3° e 4° ventrículos com formas/dimensões normais.

Não há desvio da linha média.

Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação à idade.

Cisternas basais sem alterações.

Ausência de calcificações patológicas.

CONCLUSÃO:

1. Lesões hipodensas de limites parcialmente definidos localizadas em região do lobo frontal e parieto-occipital à direita, de natureza sequelares.
2. Sinais de craniotomia com ausência da tábua óssea em região fronto-temporo-parietal à direita.
3. Discreta área líquida subdural localizada em região parieto-occipital à direita.

ARUANA SEGUROS
13 ABO. 2015

JOSE ALMIR DE SA JR
CRM 2810

Av. Nossa Senhora de Fátima, 629 - Centro
Fone: (89) 3422-3300 • Picos-PI

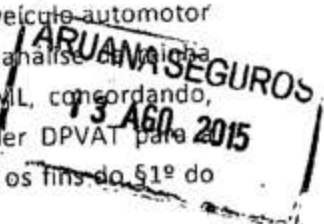
DECLARAÇÃO DE AUSI



Eu, *Jose Raimundo de Sousa*, portador da carteira de identidade nº 55.281-X SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 956.995.033-15, residente e domiciliado na Rua Paraná, s/n – Bairro Arapiraca, Paulistana - 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:

- (X) 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
- () 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 documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º 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.

Paulistana - PI, 22 de julho de 2015

JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

Jose Raimundo de Sousa

Ulcerochirurgia + B.M.F.



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



Imp: 28/09/2014 00:59:21

(User: DOUGLAS LIMA)
(Estação: ACCR2)

NHEO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA		Prontuário: 329649
Mãe: JOSÉFA ERNÉSTINA DE SOUSA	Pai: RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA	
End. Resid.: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI - CEP: 64750-000		
Nascimento: 07/09/1971	Idade: 43a:0m:21d	Sexo: Masculino Fone: 89-9458-9918
Responsável: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA	CNS: 162394561100001	
Profissão: PEDREIRO	Documento:	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)	
End. Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 421436	Data: 28/09/2014 00:55:40	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não	Maus Tratos: Não	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo	Destino: CONSULTÓRIO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TCE E TRAUMA DE FACE. APRESENTA HEMATOMA BIPALPEBRAL. SCS= 15. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA E DOR ABDOMINAL.		Ass. Profissional Acolhimento:	

DADOS CLÍNICOS:

Acidente com moto em movimento TCE e trauma de face.

ATO DE CLARIFICAÇÃO

DOCUMENTO 3 "T30%"

ARUANA SEGUROS
13 AGO. 2015

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____	CID: _____
Diagnóstico Inicial: <i>TCE</i>				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Ver por médico

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento a CID

0303040052 *SCS*

Procedimento: *0303040052* CID: _____

Marcus César Lopes
MÉDICO
CRM-PI 1049 CPF: 079.450.353-53

Franca Pereira de Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CONTA CREDITADA: 3467.001.00023537-3
NOME: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

ARUANA SEGUROS

13 A60. 2015

f