

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.218,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05602-2

CONTA: 000010039766-2

Nr. da Autenticação A23F4DBABEDAD77D

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170502995 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/05/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do úmero Direito
Fratura do acetábulo e ramo púbico Direito

Descrição do exame médico pericial: Paciente vítima de acidente de trânsito; apresenta cicatriz deltopeitoral em ombro direito com atrofia muscular local; ADM de ombro direito: abdução 100º; flexão 90º; Rotação externa 20º; rotação interna 40º; apresenta cicatriz em região glútea a direita com hipotrofia muscular local; ADM de quadril direito: abdução 30º; adução 20º; flexão 70º; rotação externa 40º; rotação interna 20º

Resultados terapêuticos: Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fraturas de úmero proximal direito em 23/05/2017 e de acetábulo e ramo púbico direito em 06/06/2017; evoluiu com dor e limitação funcional de ombro direito e de quadril direito; realizou sessões de fisioterapia, mas persistiu com déficit funcional dos segmentos

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/10/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Adriel Herbert de Castro Leao

CRM do médico: 3888

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

PRESTADOR

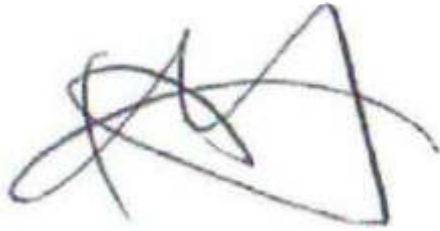
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11796526

A/C: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS

Sinistro: 3170502995 ASL-0361090/17
Vítima: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS
Data Acidente: 23/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

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: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 4.218,75**

Banco: **001**

Agência: **000005602-2**

Conta: **000010039766-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.218,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS** Sinistro: **3170502995** Data: **23/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Francisco Moura Araujo, 3190, APT06 - Novo Horizonte - Teresina - PI - CEP 64079-225**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**PARNARAMA/MA**] **000117437499-0**

Data local do exame: [**02/10/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura proximal do úmero Direito Fratura do acetábulo e ramo púbico Direito. Paciente vítima de acidente de trânsito; apresenta cicatriz deltopeitoral em ombro direito com artrofia muscular local; ADM de ombro direito: abdução 100°; flexão 90°; Rotação externa 20°; rotação interna 40°; apresenta cicatriz em região glútea a direita com hipotrofia muscular local; ADM de quadril direito: abdução 30°; adução 20°; flexão 70°; rotação externa 40°; rotação interna 20°

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fraturas de úmero proximal direito em 23/05/2017 e de acetábulo e ramo púbico direito em 06/06/2017; evoluiu com dor e limitação funcional de ombro direito e de quadril direito; realizou sessões de fisioterapia, mas persistiu com déficit funcional dos segmentos

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional de ombro e de quadril direitos

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
QUADRIL DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

15 Set. 2017

COMPANHIA SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade - Norte CEP: 64.002-11

NOME DO PACIENTE:

Marcelo Vinícius Lima Guedes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

24674130

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1826 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

circunscrito BICAL

caso 72074

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS		Prontuário: 444170	
Mãe: MARIA DOS REIS DOS SANTOS		Pai:	
End. Resid.: QD 33 CS 02 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			
Nascimento: 22/04/1994	Idade: 23a:1m:1d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99550-9341
Responsável: O MESMO	CNS: 706005360006045	Documento: CPF:	
Profissão: ESTUDANTE	E.Civil: Solteiro(a)		
G. Instrução: Superior Incompleto			
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 608554	Data: 23/05/2017 20:28:02	Condução: AMBULANCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)		
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário: V299		Convênio: S U S

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO COM CARRO). REFERE DOR NO OMBRO DIREITO. NEGA TRAUMA DE CRÂNIO.		Profissional Clas. Risco: AURICELIA FERNANDES TEIXEIRA COREN 166059 Em: 23/05/2017 20:39:21	
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO		SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C C - a. Norte CEP: 64.002470	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

Pete vítima de acidente motociclístico em uso de capacete. Refere dor em ombro direito e coxa direita. Vias aéreas permeáveis. AP: MV+, audível, S1 ruidos adventícios. AECV: S1 alterações. Abdomen indolor a palpação. Glasgow 15 - extant hemicoma.

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
------------------------	--------------	---------------	--------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1 - Torax
2 - Paracetamol
3 - Hidralazina

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 23/05/2017	HORA: 20:39	Procedimento: _____	CID: _____
------------------	-------------	---------------------	------------

Rosivanna Silva Mendes Oliveira

Assinatura Paciente ou Responsável

Antônio Neto Coelho Moita
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM 21.4170

Assinatura - Profissional Médico



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 23/05/2017 20:28:02

IMPLICIA VEINER

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS		Prontuário: 444170
Mãe: MARIA DOS REIS DOS SANTOS	Pai:	
End. Resid.: QD 33 CS 02 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 22/04/1994	Idade: 23a:1m:1d	Sexo: Masculino Fone: 86-99550-9341
Responsável: O MESMO	CNS: 706909360305045	Documento: CPF:
Profissão: ESTUDANTE	E. Civil: Solteiro(a)	
G. Instrução: Superior Incompleto		
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 608554	Data: 23/05/2017 20:28:02	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 13/05/17	ESPECIALISTA: MOCFYM
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Injúria de quadril a D	
Ac PC	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

191197

Orgão Emissor: 221100007 - Internação Hospitalar (AIH)

AIH : 221710129183-4
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

LAUDO PARA SOLI
DE INTER

MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS

NASCIMENTO
22/04/1994

Identificação do Es

D.LIBERA: 02/06/2017

DT. LAUDO : 26/05/2017

PROCED. : 0408020334 TRATAMENTO CIR. RITO DE FRATURA / LESÃO FISARIA D

OP. 9181: WELLINGTON

CID : 5422

Aarão Cruz Mendes
Ass. de Auditoria - DCAAF/FMS
CPF: 201.714.713-34
CNS 203833956150008

1-Nome do estabelecim

HOSPITAL DE UR

3-Nome do estabelecim

HOSPITAL DE UR

2-CNS	Código de Internação:
5828856	
4-CNS	
5828856	191197

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS	6 - Prontuário:	444170
7-CNS:	706009360006045	8-Nascimento:	22/04/1994
11-Mse:	MARIA DOS REIS DOS SANTOS	9-Sexo:	Masculino
13-Resp:	(O MESMO)	RG:	000117437499 -
15-Ende:	QD 33 CS 02	12-Fone:	86-99550-9341
16-Munic:	TERESINA	14-Cor:	Parda
	CONJ. RENASCENÇA - CEP: 64000-000	17-Cod. IBSG:	221100
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Do no ombro 1)

21 - Condições que justificam a internação:

COM BOLETIM CIR/ANEST

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

23-Diagnóstico inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

24 - Conteúdo não verificado

15 set. 2017

UNITE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
C. - N. - Norte CEP: 64.00247

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMBRO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Proc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

YURI JIVAGO FELIX

34-Data Solicitação:

26/05/2017

Dr. Yuri Jivago Felix
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2308/CRM-MA 3537

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Yuri Jivago Felix

26/05/2017 14:32:25

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA _____/_____/____

NOME DO PACIENTE:	MARCOS VINÍCIUS DOS SANTOS			PRONÓTIPO Nº:	444170
DIAGNÓSTICO:	Furúnculo			CIRURGIA:	Furunculotomia
ANESTESIA:				Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Yuri			CPF Nº:	
AUXILIAR:				CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Laurindo			Dr. Laurindo Loufing Filho Médico Anestesiologista D.O. 272 / CPF 000.900.503-00	
INSTRUMENTADORA:	Ana Carolina				

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 615 710 e 715	PAR	08	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 810 e 815	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	250	
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVPI TINTURA	ML	90	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		ESPALM	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<p>15 de 10/2011</p> <p>por JAT</p> <p>CANCELADO NÃO VERIFICADO</p> <p>15 de 2017</p> <p>UNIE SEGURODORA S.A.</p> <p>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C</p> <p>C. - Norte CEP: 64.002470</p>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	0	04		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL	1	02		CIRCULANTE:	Eusébio		
VICRYL							
PROLENE							

19/1/93

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	PR. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA		DOS. URÉIA			
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO				BRONQUITE	
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				CORTICOIDES	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				ATARÁXICOS	
				OUTROS	
				FÍSICOS	
				APLICADO AS	
				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-LITO 500		Cefazolin - 2g	
TEMPERATURA T		SANGUE 300		Dobutamina - 2g	
P. ARTERIAL V O PULSO		OUTROS 100		Tenoxina - 1g	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				Lidocaína - 1g	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				SEQUÊNCIA	
RESPIRAÇÃO O				1. Propofol - 100	
				2. Tracrium - 2g	
				3. Ketalar - 10g	
				4. Sevoflur - 20g	
				5. Propofol - 100	
				6. Tracrium - 2g	
				7. Ketalar - 10g	
				8. Sevoflur - 20g	
				9. Propofol - 100	
				10. Tracrium - 2g	
				11. Ketalar - 10g	
				12. Sevoflur - 20g	
				13. Propofol - 100	
				14. Tracrium - 2g	
				15. Ketalar - 10g	
SÍMBOLOS		DURAÇÃO		INCIDENTE - ACIDENTE	
TÉCNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
Dr. Luiz Roberto Rêgo					
Médico Anestesiologista					
CRM-PI 474 / CPF: 068.972.903-00					
Dr. Domingos Raulino Filho					
Médico Anestesiologista					
CRM-PI 474 / CPF: 068.972.903-00					
CONDIÇÕES NÃO VERIFICADAS					
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					
PARTICULARIDADES					

MOD. 76 - HUT

UNITE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
C - d - Norte CEP: 64.002470

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS		444170	23	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 23/05/2017	LUXAÇÃO DE QUADRIL + UMEROS						
27/05/17	Agenda cirurgia						
1	Dieta oral livre						
2	Soro salinizado						
3	Ranitidina 50mg 01 amp + AD EV 8/8hs						
4	Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12hs						
5	Paracetamol 500mg 1comp VO 6/6h						
6	Clexane 40mg 1amp SC 1X/DIA						
7	Curativos diários						
8	Cuidados gerais e sinais vitais						
	600ml Soro Salino (FV) 15:40						
	Dr. Yuri Jivago Félix Ortopedista/Traumatologista CRM 15334/PR						
	E SEGURO DORA S.A. Rua Celso de Resende, 451 Loja D - Nome CPF: 64.072.470						
	CORTEJO NÃO VERIFICADO						
	700 - Soro Salino (FV) 15:40						
	Dr. Yuri Jivago Félix						
	Dr. Ricardo S. Valente						
	Dr. Paulo H. L. Pires Filho						
	CRM 15415-PR/OT10029						
	CRM 12305						
	CRM 3788-BO/11505						
	CRM 3367						

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

Moncos Vinicius Lima dos Santos

HORÁRIO DE ADMISSÃO **15 hs 05 min** IDADE **23 anos** DATA **26/05/2017**

CIRURGIA REALIZADA TIPO DE ANESTESIA **GERAL** TRAQUEIA ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDACÃO ☐

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	148/73		135/76
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	80		86
SATURACÃO DE O ₂ (%)	98%		99%
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	Osione		Barbara

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA	TOTAL	ASS.
09	09	09	09

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

15:05 Admitido na SRPA em PZ de alta cirúrgica para pós-operatório da cirurgia sob efeito do bloqueio gástrico de sedação mantido respirando em ambiente com

16:30 Encaminhado para observação e ortopedia

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

5 set. 2017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Cidade - Norte CEP: 64.002470

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

POSTO: () () () () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () QUEIM. CLÍNICA () PED () JORT () NEU () CIR () MED

230 / 223



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH):

AIH: 22171012855-1

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUT. UNI. : H.U.T. (PROFIZENON RODRIGUES)

MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS

RASCINTE
12.10.1994**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESIN

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESIN

Data: 27/05/2017

Dr. LAURO : INSS/MS-7

PACIENTE : FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

EP. BISTA VELLINSTEIN

CID : 8730

Aarão Cruz Mendes

Ass. de Qualidade - ORCA/ITEMS

CRM - PI 000 - CPF 131.785.072-04

CNS 203833996150008

la
do:

146

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE5-Nome: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS**

6 - Prontuário: 444170

7-CNS: 706009360006045

8-Nascimento: 22/04/1994

9-Sexo: Masculino

RG: 000117437499 -

11-Mãe: **MARIA DOS REIS DOS SANTOS**

12-Fone: 86-99550-9341

13-Resp: **(O MESMO)****COM BOLETIM CIR/ANEST**

14-Cor: Parda

15-Endereço: QD 33 CS 02 - CONJ. RENASCENÇA - CEP: 64000-000

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Luxação da articulação do quadril

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408040190

REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA

29-Clinica:

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

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

23/05/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Exímio (Bg. Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
Data: 23/05/2017 21:44:50

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº

191046

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/05/2017

NOME DO PACIENTE: Marcos V. B. dos Santos	PRONTUÁRIO Nº: 444170
DIAGNÓSTICO: <i>Deep</i>	CIRURGIA: <i>Deep</i>
ANESTESIA: <i>Raque</i>	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: <i>[Signature]</i>	CPF Nº:
AUXILIAR: <i>[Signature]</i>	CPF Nº:
ANESTESISTA: <i>Dr. José Nilson</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Alcantara</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	—	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO <i>branco</i>	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA 7	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO - 500ml	FRASCO	01	
GASES 510	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 18	UNID.	01		<i>Brexpom</i>	und	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<div><p>15 SET. 2017</p><p>UNIE SEGURADORA S.A</p><p>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C</p><p>Centro - Norte CEP: 64.002470</p></div>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>E Brandi</i>			
PROLENE							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Marcelo Vinícius Lima dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

Lesão de pele (II)

Operação - Tipo

Lesão de pele de lesão de pele

Cirurgião

Dr. José Wilson

1º Assinante

11

2º Assinante

3º Assinante

11

Instrumentador(a)

Alcântara

Anestesista

Dr. José Wilson

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação

08-23-05-2017

Início

21:20

Fim

22:00hs

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

5 de 2017
CURTIE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
C. 1.º - Norte CEP: 64.002470

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Marcelo Vinícius Lima dos Santos
Lesão de pele (II)
Lesão de pele de lesão de pele
Lesão de pele de lesão de pele
Lesão de pele de lesão de pele

CURTIE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
C. 1.º - Norte CEP: 64.002470

CURTIE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
C. 1.º - Norte CEP: 64.002470

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Nº DE REGISTRO	
Monica Venâncio Lima dos Santos			
DATA	PARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO
23/03/27	130/70	74	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA
EXAMES DE URINA	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO		ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL		CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		FÍSICOS	
APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES	
OXIGÊNIO			
1			
2			
3			
LÍQUIDOS			
SO-LITO 500			
SANGUE 400			
OUTROS 300			
TEMPERATURA			
38			
P. ARTERIAL			
V. O. PULSO			
INÍCIO E FIM ANESTESIA			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			
RESPIRAÇÃO			
SÍMBOLOS			
TECNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES			
CIRURGIÕES			
ANESTESISTAS			
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
PARTICULARIDADES			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

30/223

NOME DO PACIENTE <i>Durimar Campos do Bonfim</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>+ Jato de ponta de dedo + Fratura</i>	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>24/05/17</i> HORA: <i>14h</i>	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
<p>(1) <i>Docto oral livre</i></p> <p>(2) <i>SFO, 9% - 500 - 12/12</i></p> <p>(3) <i>Cefalotrim 1g + AD (EU) 6/6h 12/12 <i>15/06</i></i></p> <p>(4) <i>Diprona - 1mg + AD (EU) 6/6h 12/12 <i>15/06</i></i></p> <p>(5) <i>Tilatil 20mg - 1mg + AD (EU) 12/12 12/12</i></p> <p>(6) <i>Não abster anti-v. Hepatite</i></p> <p>(7) <i>Deixar paciente a parar o curativo de 5 dias</i></p>		<p><i>20h Admitido na clínica ortopédica em PT de exeto. Consciente, orientado físico, eufórico. Não alergia medicamentosa e patologias crônicas</i></p>			

SECRETARIA
DE SAÚDE
DE TUBARÃO
R. do Comércio, 100 - Jd. São
Carlos - Tubarão - SC - 88040-000
Fone: (47) 34.002.4700

15 de 11 2017
CONFERIDO NÃO VERIFICADO
15 de 11 2017

MÉDICO/CRM

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia Traumatologia
CRM/PI: 3824

NOME Wanderley Vinícius (IDADE 22 anos) DATA 23/05/2017

HORÁRIO DE ADMISSÃO 12h30 min TIPO DE ANESTESIA GERAL (RAQUE) (BLOQUEIO) (PERIDURAL) (SEDAÇÃO)

CIRURGIA REALIZADA Redução de quadril CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)			
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>76</u>		<u>120 / 59</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>		<u>66</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			<u>36,5</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>Elaine</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO:

ESCALA DE DOR ALTA:

TOTAL: _____ ASS: _____

COMPANHIA SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12h30 - Paciente admitido na RPA em RPA de redução de quadril com
de 100% de raqui respirando espontaneamente sem aporte de O₂ e
apresentando boa oxigenação. Seta 29811 Enfo. Amm

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () INT () NEU () CIR () MÉD

Wanderley Vinícius
Médico
CRM: 22.222-2
CARTÃO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tilo 1920 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS** (Prontuário: 444170)
Endereço: **QD 33 CS 02 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-000**
Nascimento: **22/04/1994** Idade: **23a:1m:2d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **191046**
Requisição: **745115** Solicitação: **24/05/2017** Solicitante: **FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA**
Controle: **927408** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

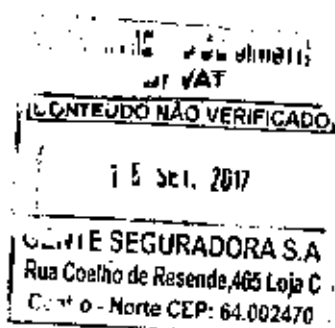
Data Exame: 24/05/2017

T.C. DE OMBRO DIREITO

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO OMBRO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA IMPACTADA COM DESTACAMENTO DA PORÇÃO ÂNTERO-MEDIAL DA CABEÇA DO ÚMERO E LUXAÇÃO GLENO-UMERAL POSTERIOR ASSOCIADA.
- DERRAME INTRA-ARTICULAR DE MODERADO VOLUME, DE ASPECTO HEMÁTICO.

(LUIZ CEZARY



TERESINA - PI 24/05/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp of the medical professional, including the text 'Módulo de Análise de Imagem' and 'Carimbo do Ortopedista'.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEF: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/3022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS (Prontuário: 444170)				
Endereço:	QD 33 CS 02 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-000				
Nascimento:	22/04/1994	Idade: 23a:1m:2d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO	Atendimento: 191046
Requisição:	745116	Solicitação: 24/05/2017	Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA		
Controla:	927409	Convênio: S U S	CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11	ENFERMARIA 230	LEITO 223

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exam: 24/05/2017

T.C. DE QUADRIL

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais dos quadris de 10 mm de espessura com intervalo de 10 mm.

RELATÓRIO:

- FRATURA COMINUTIVA NO ASPECTO PÓSTERO-MEDIAL DO ACETÁBULO DIREITO, COM DESTACAMENTO DE FRAGMENTOS ÓSSEOS PARA A CAVIDADE ARTICULAR.
- FRATURA COMPLETA NO RAMO PÚBLICO INFERIOR À DIREITA.
- ARTICULAÇÕES SACRO-ÍLIACAS COM SUPERFÍCIE E ESPAÇO ARTICULAR PRESERVADOS.
- A RELAÇÃO ENTRE O ACETÁBULO E A CABEÇA FEMURAL ESQUERDA DE APARÊNCIA NORMAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU OSTEONECROSE.

(FRANDI SILVA)

TERESINA - PI 24/05/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Professional Responsible

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
7 5 Set. 2017
GEI E SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
C. 1º - Norte CEP: 64.002470

Handwritten signature: *Ami*



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua: Dr. Odo Tiro 1820 Redenção - Fones: 96.3229-4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS** (Prontuário: 444170)
Endereço: QD 33 CS 02 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 22/04/1994 Idade: 23a:1m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 191046
Requisição: 745559 Solicitação: 26/05/2017 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX
Controle: 927918 Convênio: S U S CLINICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 26/05/2017

T.C. DE OMBRO DIREITO

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO OMBRO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- LUXAÇÃO GLENO-UMERAL POSTERIOR.
- FRATURA COMINUTA NO ÚMERO PROXIMAL, COM ENVOLVIMENTO DO COLO UMERAL, DA GRANDE E DA PEQUENA TUBEROSIDADE UMERALS.
- DENSIFICAÇÃO DOS TECIDOS LIPOMATOSOS DO OMBRO (EDEMA).

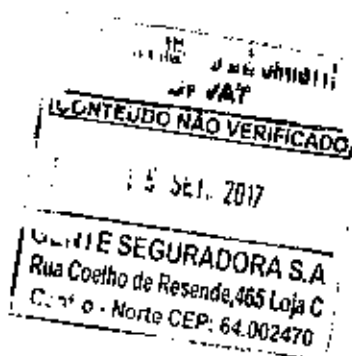
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 26/05/2017

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



[Handwritten signature]
Mendurc Al...
M...
C...
C...
C...

Adar
a AIH

SECRETARIA DE SAÚDE DO ES
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

93
92
91
90
89
88
87
86
85
84
83
82
81
80
79
78
77
76
75
74
73
72
71
70
69
68
67
66
65
64
63
62
61
60
59
58
57
56
55
54
53
52
51
50
49
48
47
46
45
44
43
42
41
40
39
38
37
36
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

55435

Dr. Alêrgico
Adriana

15 de Set. 2017
UNITE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Bairro - Norte CEP: 64.002470

Marcos Vinicius Lima dos Santos
Dr. Wilson Rodrigues
PRONTUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

PACIENTE ADMITIDO NA CLÍNICA ORTOPÉDICA

Enf. _____ Lello _____

ARID	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

Atendimento:
359435

Prontuário: 250924 **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS**

Endereço: PADRE MALAGRIDA Q33 CASA 02

0

RENASCENÇA I

Cidade: TERESINA

UF: PI CEP: 64082-055

Sexo: M DT. Nasc: 22/04/1994 (Idade: 23 Anos 1 Mês 5 Dias

Estado Civil: S

Profissão: ESTUDANTE

Cadastro: 27/05/2017 Telefone: 86 9955.09341

Cartão SUS: 708009360006045 CPF: 60705090302

Pai: RAIMUNDO NONATO LIMA

Mãe: MARIA DOS REIS DOS SANTOS

Cônjuge:

Responsável: RISIVANIA SILVA MENDES OLIVEIRA

Endereço: MALAGRIDA

0

RENASCENÇA I

Cidade: 2975

UF: PI CEP: 64082-055

Funcionário do SAME

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 SET. 2017

COMPANHIA SEGURODORA S.A.
Rua Costa de Saes, 155 Loja C
Cidade - Recife CEP: 51002-470

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Identificação do Paciente

5 - Nome: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS**

6 - Prontuário: **250924**

7 - CNS: **700009360006045**

8 - Nascimento: **22/04/1984 02:00**

9 - Sexo: **M**

CPF: **807.050.903-02**

11 - Mãe: **MARIA DOS REIS DOS SANTOS**

12 - Fone: **86-8.95509361**

13 - Resp: **RISIVANIA SILVA MENDES OLIVEIRA**

14 - Cor: **PARDA**

15 - End.: **PADRE MALAGRIDA Q33 CASA 02 0**

RENASCENÇA 19 - CEP: 64082-955

16 - Munic: **TERESINA**

17 - Cod. IBGE: **221106**

18 - UF: **PI**

RG: **00011-74374890**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **S324**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DO ACETABULO

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408040289 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL CI / FRATURA DA TÍBIA FEMORAL

Tempo SUS

8

29 - Clínica:

30 - Caracter:

Ident.: **1**

31 - Documento:

32 Doc. Med. Sôc.

CL. CIRURGICA II

02

CPF

18400817320

33 - Nome Profissional / Assistente
JOSE WILSON RODRIGUES

34 - Data de Solicitação:
27/05/2017

35 - Data de Anál. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ☐ Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - ☐ Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa

44 - CBOR

38 - ☐ Acidente de Trabalho Trajet.

45 - Vínculo com a Previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Usuário: **ROSAABREU**

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: **23/12/08**



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº da Autorização de Internação Hospitalar (ARI)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

27/05/2017

27/05/2017

27/05/2017

330135

Identificação do Paciente

5 - Nome: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS

6 - Prontuário: 250024

7 - CNS: 706009380006045

8 - Nascimento: 22/04/1994 02:00

9 - Sexo: M

CPF: 807.050.903-02

11 - Mãe: MARIA DOS REIS DOS SANTOS

12 - Fone: 86-9.95503341

13 - Resp: RISIVANIA SILVA MENDES OLIVEIRA

14 - Cor: PARDA

15 - Endere: PADRE MALAGRIDA Q33 CASA 02 0

RENASCENCA 19 - CEP: 64082-055

16 - Muníc: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221109

18 - UF: PI

RG: 00011-74374990

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S324

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DO ACETABULO

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408040289 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL CI FRATURA DA CRISTO TROCANTER

Tempo SUS
8

29 - Clínica:

30 - Caracter.: 02

Ident.: 1

31 - Documento:

32 Doc. Med. Sc'ia.

CL. CIRURGICA II

CPF

18400817320

33 - Nome Profissional / Assistente
JOSE WILSON RODRIGUES

34 - Data de Solicitação:
27/05/2017

35 - Ass. Clínica Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violência)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bônus:

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa

44 - CBOR

38 - () Acidente de Trabalho Trajet.

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Clínico (RG Consócio)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: ROSA ABREU

Consócio Local:

Consócio SUS:

Impressão: 23-10-08



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: CTI

LEITO: 270-04

PRONTUÁRIO: 257824

NOME: Marcos Vinícius Lima dos Santos

DATA DE NASC. 22/04/78

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Infecção localizada de acetábulo

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

DESEMPENHO: OK
DI. PAT. NÃO VERIFICADO

15 SET. 2017

URGIA:

Infecção localizada de acetábulo

CIRURGIÃO:

FABRÍCIO LOPES

AUXILIARES: 1º

DR. CALVO

INSTRUMENTADORA

Edicleide

2º

Nº SALA: 10

CRM-PI:

SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
o - Norte CEP: 64.002470

CIRCULANTE:

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

1. Anestesia RAPI - DR. CALVO
2. Incisão curva de Pott - DR. CALVO
3. Abertura e remoção do acetábulo de concreto 4,5
4. Instalação de placa e parafusos, DR. CALVO

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

AGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

QUANTIDADE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA: MI
CA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL?

FE. 06.06.2017 HORA:

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1280 CUP: 3602713-68

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SÉRINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9g%	ml	01	AGULHA DE RAQUE Nº	unid	01
SORO FISIOLÓGICO 0,9g%	ml	01	AGULHA PERIDURAL Nº	unid	01
SORO GLICOSEADO 50%	ml	01	AGULHA 25x7	unid	01
BINGER LACTATO	ml	01	AGULHA 30x7	unid	01
ÁGUA DESTILADA	ml	01	AGULHA 40x12	unid	01
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10ml	amp	01	AGULHA DE INSULINA	unid	01
MANTOL 1% 200ml	frasco	01	SCALP Nº	unid	01
FORMOL	ml	01	JELCO Nº	unid	01
ÁGUA OXIGENADA	ml	01	SERINGA DE 80 ml	unid	01
ATCCL 70%	ml	01	SERINGA DE 20 ml	unid	01
PVP DEGERMANTE	ml	01	SERINGA DE 10 ml	unid	01
PASTA TÓPICA	ml	01	SERINGA DE 5 ml	unid	01
CLOROXURINA	ml	01	SERINGA DE 3 ml	unid	01
SSG 300 ml	frasco	01	SERINGA DE 1 ml	unid	01
MOLIVEN 675 500ml	frasco	01			
			DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	unid	01
			DRENO DE SUÇÃO Nº	unid	01
			DRENO DE TORAX Nº	unid	01
			DRENO DE KNER	unid	01
FIOS			OUTROS MATERIAIS		
NILON Nº	unid	01	LÂMINA DE DISTÚRI Nº 23	unid	01
NYLON Nº	unid	01	LÂMINA DE DISTÚRI Nº	unid	01
CATGUT SIMPLES Nº	unid	01	GAZE	pacote	01
CATGUT CROMADO Nº	unid	01	ESPARADRAPO	cm	01
ALGODÃO COM AGULHA Nº	unid	01	MICROPOR	cm	01
ALGODÃO SEM AGULHA Nº	unid	01	COMPRESSAS	unid	01
VYCRIL Nº	unid	01	ALGODÃO	bola	01
VYCRIL Nº	unid	01	EQUIPO MACROGOTAS	unid	01
PROLENE Nº	unid	01	EQUIPO	unid	01
PROLENE Nº	unid	01	EQUIPO PARA SANGUE	unid	01
MONOCRYL Nº	unid	01	FORNEIMINHA	unid	01
FUS Nº	unid	01	POLIFIX	unid	01
	unid	01	TRANSOFIX	unid	01
	unid	01	TRIGOTAS	unid	01
	unid	01	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid	01
	unid	01	CATETER DUPLO LOTA	unid	01
	unid	01	CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid	01
	unid	01	TUBO OROTRAQUEAL Nº	unid	01
	unid	01	FILTRO BACTERIOLOGICO PPTQI	unid	01
	unid	01	CAPA PARA VIDEO	unid	01
	unid	01	CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid	01
	unid	01	LENTE INTRAOCULAR Nº	unid	01
LUVAS					
PROCEDIMENTO	par	01			
ESTERIL Nº	par	01			
ESTERIL Nº	par	01			
ESTERIL Nº	par	01			
	par	01			
	par	01			
SONDAGEM					
SONDA URETRAL Nº	unid	01			
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº	unid	01			
SONDA DE FOLEY 3 VIAS Nº	unid	01			
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	unid	01			
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	unid	01			
COLETOR DE URINA FECHADO	unid	01			
COLETOR DE URINA ABERTO	unid	01			
SILICÁNEA SELIA 7%	tubo	01			
SONDA RETAL Nº	unid	01			
ARELINA	tubo	01			

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Circulante - COREN

Hora: _____

Instrumentadora - COREN

Edicleos

10 09/17

[Assinatura]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA

DATA 06/06/17
PROCTURADO 250924

PACIENTE

Marcelo Vinícius Lima dos Santos

DATA DE NASC. 27/05/17

IDADE 16S

RESUMO: 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. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266. 1267. 1268. 1269. 1270. 1271. 1272. 1273. 1274. 1275. 1276. 1277. 1278. 1279. 1280. 1281. 1282. 1283. 1284. 1285. 1286. 1287. 1288. 1289. 1290. 1291. 1292. 1293. 1294. 1295. 1296. 1297. 1298. 1299. 1300. 1301. 1302. 1303. 1304. 1305. 1306. 1307. 1308. 1309. 1310. 1311. 1312. 1313. 1314. 1315. 1316. 1317. 1318. 1319. 1320. 1321. 1322. 1323. 1324. 1325. 1326. 1327. 1328. 1329. 1330. 1331. 1332. 1333. 1334. 1335. 1336. 1337. 1338. 1339. 1340. 1341. 1342. 1343. 1344. 1345. 1346. 1347. 1348. 1349. 1350. 1351. 1352. 1353. 1354. 1355. 1356. 1357. 1358. 1359. 1360. 1361. 1362. 1363. 1364. 1365. 1366. 1367. 1368. 1369. 1370. 1371. 1372. 1373. 1374. 1375. 1376. 1377. 1378. 1379. 1380. 1381. 1382. 1383. 1384. 1385. 1386. 1387. 1388. 1389. 1390. 1391. 1392. 1393. 1394. 1395. 1396. 1397. 1398. 1399. 1400. 1401. 1402. 1403. 1404. 1405. 1406. 1407. 1408. 1409. 1410. 1411. 1412. 1413. 1414. 1415. 1416. 1417. 1418. 1419. 1420. 1421. 1422. 1423. 1424. 1425. 1426. 1427. 1428. 1429. 1430. 1431. 1432. 1433. 1434. 1435. 1436. 1437. 1438. 1439. 1440. 1441. 1442. 1443. 1444. 1445. 1446. 1447. 1448. 1449. 1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173. 2174. 2175. 2176. 2177. 2178. 2179. 2180. 2181. 2182. 2183. 2184. 2185. 2186. 2187. 2188. 2189.

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

Paciente: Vinicius Louisa Santos
 Data: 06/06/15 Horário de Admissão na S.R.P.A.: 16:35
 Cirurgia Realizada: Trat. cirurg. de fratura de acetábulo
 Tipo de Anestesia: Raqui

ALERGIA A:

SINAIS VITAIS

P.A.
 F. C. PULSO
 TEMPERATURA
 OXIMETRIA

ADMISSÃO

15'

30'

45'

HORÁRIOS

60'

122/57(74)
84

100%

EXAME FÍSICO

ESCORE DE ALDRETE-KROULNIK
 MODIFICADO
 CONSCIÊNCIA

1. Orientado = 2
 2. Responde ao chamado = 1
 3. Responde ao chamado = 0
 4. ATIVIDADE MOTORA

5. Extremidades = 2
 6. Extremidades = 1
 7. Extremidades = 0

RESPIRAÇÃO

8. Respira livremente = 2
 9. Respira com dificuldade = 1
 10. Não respira = 0

CIRCULAÇÃO (PA)

11. Pressão pré-anestésica = 2
 12. Pressão pré-anestésica = 1
 13. Pressão pré-anestésica = 0

SpO₂

14. SpO₂ > 92% em ar ambiente = 2
 15. SpO₂ > 90% em O₂ = 1
 16. SpO₂ > 90% em O₂ = 0

TOTAL DE PONTOS
 NOTA A ALTA: 8 A 10 PONTOS

NOTA DE ENFERMAGEM:

ADMISSÃO

30'

SAÍDA

ESCALA DA ESCORE DA DOR

5 4 3 2 1 0
 (Sem Dor) (Dor Máxima)

CONTROLES

OXIGENOTERAPIA ()
 PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ()
 SONDA NASOGÁSTRICA ()
 SONDA NASOENTRAL ()
 SONDA VESICAL DE DEMORA ()
 DRENO DE KHER ()
 DRENO PENROSE ()
 DRENO TORAX ()
 DRENO SUÇÃO ()
 DRENO LAMINAR ()
 COLOSTOMIA ()
 GASTROSTOMIA ()
 TRAQUEOSTOMIA ()

RESPONSÁVEL PELA CHECKAGEM:

17:30 paciente liberado de S.R.P.A. em POI
 de Trat. cirurg. de fratura de acetábulo
 após efeito de raqui anestesia, com ciênci
 orientado, Físico PA 120x52 (78 mmHg)
 sat 100% pulso 110bpm AUP em MUSE FUNCO.

Assinatura: Dr. Rychel
 Assinatura: Dr. Rychel

10/24/370480

Anestesiologista - CRM

10/24/370480

Assinatura: Dr. Rychel



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 Set. 2017

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: RTT

LEITO: 270.04

PRONTUÁRIO: 250824

COMPANHIA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade - Norte CEP: 64.002-470

NOME: Marcos Vinícius Lima dos Santos

DATA DE NASC. 22/04/74

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Tumor Linfoide de Apendice

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

URGIA:

Dr. Cirurgião R. Acetado / Dr. Cirurgião Lucas Lima

CIRURGIÃO:

Dr. Cirurgião R. Acetado

Nº SALA: 11

AUXILIARES: 1º

Dr. Cirurgião R. Acetado

CRM-PJ:

INSTRUMENTADORA

CIRCULANTE:

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

1. Inspeção visual da cavidade abdominal
2. Inspeção visual da cavidade abdominal
3. Inspeção visual da cavidade abdominal
4. Inspeção visual da cavidade abdominal

DECLARAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA: ML

BIÓPSIA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL?

DATA: 06.09.2017 HORA:

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

DR. JOÃO CARLOS NETO
ORTOPEDISTA
CRM-PJ 1530 CPF: 380.423.214-8

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO		UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO		UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES				AGULHAS E SÉRINGAS			
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	ml	frasco	01	AGULHA DE RAQUE Nº	unid	01	
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	ml	frasco	01	AGULHA PERIDURAL Nº	unid	01	
SORO GLICOSADO 50%	ml	frasco	01	AGULHA 25X7	unid	01	
RINGER LACTATO	ml	frasco	01	AGULHA 30X7	unid	01	
ÁGUA DESTILADA	ml	frasco	01	AGULHA 40X12	unid	01	
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10ml	ml	amp	01	AGULHA DE INSULINA	unid	01	
MANITOL 3% 2000ml	ml	frasco	01	SCALP Nº	unid	01	
FORMOL	ml	ml	01	JELCO Nº	unid	01	
ÁGUA OXIGENADA	ml	ml	01	SERINGA DE 50 ml	unid	01	
ALCOOL 70%	ml	ml	01	SERINGA DE 20 ml	unid	01	
PVP DEGERMANTE	ml	ml	01	SERINGA DE 10 ml	unid	01	
PVP TÓPICO	ml	ml	01	SERINGA DE 6 ml	unid	01	
CLOREXIDINA	ml	ml	01	SERINGA DE 3 ml	unid	01	
BSS 500 ml	ml	frasco	01	SERINGA DE 1 ml	unid	01	
VOLUVEN 5% 500ml	ml	frasco	01				
				DRENOS			
				DRENO DE PENROSE Nº	unid	01	
				DRENO DE SUÇÃO Nº	unid	01	
				DRENO DE TORAX Nº	unid	01	
				DRENO DE KIER	unid	01	
				OUTROS MATERIAIS			
NYLON Nº	unid	01	01	LAMINA DE BISTURI Nº 24	unid	01	
NYLON Nº	unid	01	01	LAMINA DE BISTURI Nº	unid	01	
CATGUT SIMPLES Nº	unid	01	01	GAZE	pacote	01	
CATGUT CROMADO Nº	unid	01	01	ESPÁRAGO	cm	01	
CATGUT CROMADO Nº	unid	01	01	MICROPORE	cm	01	
ALGODÃO COM AGULHA Nº	unid	01	01	COMPRESSAS	unid	01	
ALGODÃO SEM AGULHA Nº	unid	01	01	ALGODÃO	bola	01	
VYCRIL Nº	unid	01	01	EQUIPO MACROGOTAS	unid	01	
VYCRIL Nº	unid	01	01	EQUIPO	unid	01	
PROLENE Nº	unid	01	01	EQUIPO PARA SANGUE	unid	01	
PROLENE Nº	unid	01	01	TORNEIRINHA	unid	01	
MONOCRYL Nº	unid	01	01	POLIFIX	unid	01	
FUS Nº	unid	01	01	TRANSFIX	unid	01	
				IRRIGADOR	unid	01	
				ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid	01	
				CATETER DUPLO JOTA	unid	01	
				CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid	01	
				TUBO GASTROGASTRAL Nº	unid	01	
				FILTRO BACTERIOLÓGICO FV TOT	unid	01	
				CAPA PARA VIDEO	unid	01	
				CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid	01	
				LENTE INTRAOCULAR Nº	unid	01	
				SONDAÇÃO			
SONDA URETRAL Nº	unid	01	01				
SONDA DE FOLEY 2 Vias Nº	unid	01	01				
SONDA DE FOLEY 3 Vias Nº	unid	01	01				
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	unid	01	01				
SONDA NASOENTERAL Nº	unid	01	01				
COLETOR DE URINA FECHADO	unid	01	01				
COLETOR DE URINA ABERTO	unid	01	01				
XILOCAINA GEL 2%	tubo	01	01				
SONDA RETAL Nº	unid	01	01				
VASSELINA	tubo	01	01				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Circulante - COREN

Hora: _____

Instrumentadora - COREN

Ed. Carlos

10 de Maio 17



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS		
Prontuário: 250924	Nascimento: 22/04/1994	Estado Civil: Solteiro
Cartão SUS: 706009360006045		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal	
Nome: RISIVANIA SILVA MENDES OLIVEIRA	
Estado Civil: Solteiro	CPF: 04178869345
Parentesco: NAMORADO (A)	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sourei portador da doença _____
devido ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 Set. 2017

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença e ao tratamento e ao procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Doença oncológica
2. Quimioterapia
3. Uso de medicamentos
4. Alérgico
5. Infecção

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90
(Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 27/05/2017

Marcos Vinicius Lima dos Santos
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

[Assinatura]
Assinatura do Médico Responsável - CRM

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Assinatura do Médico Responsável - CRM

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

230/04

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - PACIENTE							
I - IDENTIFICAÇÃO							
Nome: <u>Marcos Vinícius Lima dos Santos</u>				Data de Nascimento: <u>1/1/1985</u>			
Cidade de origem: <u>Corumbá - MS</u>							
II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL							
Religião/Crença: <u>Católica</u>							
Profissão: <u>Estudante</u>							
Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio (x) Superior... <u>15 anos</u>							
Barreira na comunicação: (x) Não () Sim							
Qual: _____							
Apresenta déficit: (x) Não () Sim - Tipo: () Visual () Auditivo () Motor							
() Outros: _____							
Transtorno mental: (x) Não () Sim							
Qual: _____							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)</p> <p>() Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes mellitus () Cardiopatias () Câncer</p> <p>() Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: _____</p> <p>Alergia () Sim () Não Qual: <u>de pimenta</u></p> </div> <div> <p>CONTENDO NÃO VERIFICADO</p> <p>15 SET. 2017</p> <p>CONTINUA SEGURO</p> <p>Rua Coelho de Resende, 465</p> <p>CEP: 64.002470</p> </div> </div>							
Faz uso de medicamentos? (x) Não () Sim							
NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO	
Resultados de exames (vindo com o paciente): () Não (x) Sim Quais: <u>Rx</u>							
IV - EXAME FÍSICO							
a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS							
Altura: <u>1,93</u> (m) Peso: <u>75</u> (Kg) IMC: _____							
Dor: (x) Não () Sim, Localização: _____							
Características: _____							
b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
() Consciente (x) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso							
ESCALA DE COMA GLASGOW: _____							
c) ASPECTO EMOCIONAL: (x) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico							
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual: _____							
d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS							
Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)							
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m ²)							
(x) Não se aplica							

e) CABEÇACouro cabeludo: (☒) Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações: _____Face: (☒) Simétrica () Assimétrica () Ferimento () HematomasNariz: (☒) Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () EpistaxePupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () Reativa () Arreativas () Mióticas () Midríaticas

() Puntiformes () Médias

Olhos: (☒) Normal () Hemorragia () Ictericia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas

() Processo inflamatório/infeccioso

Ovídios: (☒) Normal () Otorragia () Lesão Outros: _____Boca: (☒) Sem anormalidades () Cáries () Falhas dentárias () Prótese () Lesão**f) SISTEMA RESPIRATÓRIO**Padrão: (☒) Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico

() Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM

() Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi

Ausculta: Murmúro vesicular (☒) Presente () Diminuído () Ausente

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse

Tipo: _____

Alterações: _____

g) SISTEMA CARDIOVASCULARPerfusão Periférica: (☒) Normal () Diminuída () Cianose Outros: _____Ausculta cardíaca: (☒) Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () IrregularAcesso Venoso: (☒) Sim () Não Qual: msbFaz uso de marcapasso: () Sim (☒) Não Há quanto tempo: _____**h) SISTEMA GASTROINTESTINAL**Abdomen: (☒) Flácido () Tenso () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido

() Timpânico () Doloroso

Ruídos hidroaéreos: (☒) Ausente () Presente, tipo: () Hiperativos (☒) HipoativosEstomias: (☒) Não () Sim Qual: _____Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: (☒) Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () GastrostomiaAceleração da dieta: (☒) Sim () Não () ParcialmenteEliminações Intestinais: (☒) Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obstipação**i) MÚSCULO ESQUELÉTICO**

Deambulação: () Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador

Utiliza prótese/órtese? (☒) Não () Sim Tipo: _____Sensibilidade: () Não (☒) Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade? _____Déficit motor: (☒) Não () Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito

() Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia

Tonicidade: () Rígida (☒) Flácida () Direito () EsquerdoImobilização: (☒) Não () Sim Lateralidade? _____Movimenta os quatro membros: (☒) Sim () Não Risco de queda: () Sim (☒) Não**j) SISTEMA TEGUMENTAR**Pele: (☒) Íntegra () Desnutrida () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Ictericia () Edema

() Lesionada Local: _____

Escala de Braden: _____

Risco de pele

lesão por pressão: () Sim (☒) Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Indclassificável ()**k) APARELHO GENITOURINÁRIO**Urinário: (☒) Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Freada

Dispositivo Urinário: () Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia

Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Poliúria () Anúria () Hematúria

l) PADRÃO DE SONO: (☒) Bom () Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmanantes: () Não () Sim

10/17

108-104-17

AVALIAÇÃO DO GRÁFICO DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO				
	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

Avaliação: 06 a 11 pontos = Risco Alto 12 a 17 pontos = Risco Moderado 18 a 20 pontos = Risco Baixo

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		PONTUAÇÃO
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta motora	Obedece comandos	6
	Dor localizada	5
	Retirada da flexão	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
		15
PONTUAÇÃO: < 3 (probabilidade de morte) 3 a 8 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)		

10 07 17
CORREÇÃO DE DADOS

A. S. S. S.

SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
359435

Prontuário: 250924 Nome: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS
Endereço: PADRE MALAGRIDA Q33 CASA 02 0 RENASCENÇA I
Cidade: TERESINA UF: PI CEP: 64082-036

Sexo: M DT. Nasc: 22/04/1994 (Idade: 23 Anos) Estado Civil: S Profissão: ESTUDANTE
Cadastro: 27/05/2017 Telefone: 86 - 9955.09341 Cartão SUS: 706009360003046 CPF: 00795090302

Justificativa:

Paciente necessita de
Acompanhante.

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

15 SET. 2017

UNIE SEGUADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Data	Assinatura
27/05/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
28/05/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
29/05/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
30/05/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
31/05/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
01/06/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
02/06/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
03/06/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
04/06/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
05/06/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
06/06/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
07/06/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira
08/06/17	Rosilvania Silva Mendes Oliveira

Data: ____/____/____

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: ____/____/____

Assinatura - CPF

Assinatura do Paciente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: Marcos Vinícius Lima de Sá DATA DE NASCIMENTO: 22/04/94 Prontuário: 250924 Data: 06/06/17

CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA
Responsáveis: Cirurgião, Anestesiologista, Enfermeiro(a), Instrumentalizador(a) e Guardante		
Identificação (SIGN-IN)	Confirmações (TIME-OUT)	Registros (CHECK-OUT)
<p>Confirmar com o paciente:</p> <p>Identidade (nome e Data de nascimento): <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Jejum? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Quantas horas? <u>8</u> () Não</p> <p>Procedimento programado: <u>Cesariana</u></p> <p>Sítio demarcado? <input type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Usar dispositivo médico? <input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Está na sala e conferido?</p> <p>Consentimentos informados preenchidos e assinados:</p> <p>Para a anestesia <input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Para a cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Exames de imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>O paciente possui alergia?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Quais? <u>Dipirona</u></p> <p>O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Equipamentos para assistência disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/Kg)? <input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Tem acesso endovenoso adequado? <input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Tem reserva de sangue <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p>	<p>Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função</p> <p>Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o):</p> <p><input type="checkbox"/> Identificação do paciente (nome e data de nascimento)</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimento programado</p> <p><input type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico demarcado</p> <p>Placa de bisturi posicionada corretamente:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p>Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim - Qual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Equipe de anestesia: alguma preocupação específica com o paciente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim - Qual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Checagem da equipe de enfermagem:</p> <p>Todos os instrumentais estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Todos os instrumentais estão esterilizados?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Todos os equipamentos necessários estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não</p>	<p>Procedimento realizado:</p> <p>Contagem das compressas correta?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Contagem de agulhas correta?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anatômico de origem; quantidade de amostras)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Registros completos no prontuário:</p> <p>Do procedimento intraoperatório <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Do procedimento anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim - Qual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

Cirurgião

Anestesiologista

Enfermeiro(a)

Wana Lara Sousa Mc
Enfermeira
COREN-PI 511.020

Enfermeiro(a) Responsável
Em Enfermagem
COREN-PI 20019
CPF: 286.346.833-20

- Nega HA S e DM



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

currupt

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS**

Prontuário: **250924**

Atendimento **359435**

Dt. Nasc.: **22/04/1994**

Idade: **23a 1m 7d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **53564**

Data Pedido: **28/05/2017**

Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**

Setor Solicitante: **CL.CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII23D**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.06.006-0**

04

Data do Laudo: **28/05/2017**

RADIOGRAFIA DE QUADRIL DIREITO

- Fratura completa recente no acetabulo direito.

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
15 Set. 2017
UNIE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Cidade - Norte CEP: 64.002470

R

1060017

[Signature]

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS**

Prontuário: **260924**

Atendimento: **359435**

Dt. Nasco.: **22/04/1994**

Idade: **23a 1m 7d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **63564**

Data Pedido: **28/05/2017**

Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**

Sector Solicitante: **CL. CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRN230**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.06.009-5**

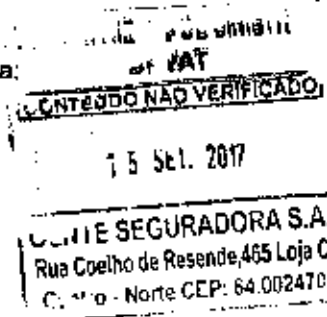
Data do Laudo: **29/05/2017**

RADIOGRAFIA DE BACIA

RELATÓRIO:

O estudo radiológico da bacia realizado nas incidências em AP demonstra:

- Fratura completa recente no acetábulo direito.



Assinado digitalmente por Carlos Augusto Moura Fe

106/2017

Carlos Augusto Moura Fe

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2362 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 08.553.584/0104-43

Paciente: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS
Prontuário: 250924 Atendimento: 359435 Sexo: M
Dt. Nasc.: 22/04/1994 Idade: 23a 1m 7d
Pedido: 51629 Data Pedido: 29 de Maio de 2017
Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
Setor Solicitante: CL. CIRURGICA II
Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA II / CIRII230 - 47
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 29 de Maio de 2017

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Referências

Mulher

Hemácias em milhões/ml.....: 3,37
Hemoglobina em g/dl.....: 9,77
Hematócrito em %.....: 27,90
Vol. Glob. Média em u3.....: 82,79
Hem. Glob. Média em uug.....: 28,99
C.H. Glob. Média em %.....: 33,02
OBS:

Valores de
Homem

4,3 - 6,5 3,9
5,8
13,5 - 18,0 11,5
16,4
40,0 - 54,0 36,0
47,0
76,0 - 96,0
27,0 - 32,0
32,0 - 36,0

15 de Mai. 2017

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

SEGURO SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade - Norte CEP: 64.002470

LEUCOGRAMA

Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: 10.600
Promielocitos.....: 0,00
Mielocitos.....: 0,00
Metamielocitos.....: 0,00
Bastões.....: 0,00
Segmentados.....: 75,00
Eosinófilos.....: 1,00
Basófilos.....: 0,00
Linfócitos.....: 18,00
Monócitos.....: 6,00
OBS:

4.000 - 10.000

0
0 - 1
1 - 3
40 - 75
1 - 6
0 - 1
20 - 45
2 - 10

Plaquetas.....: 240.000 mm³
OBS:

142.000 mm³ a 450.000
mm³

MARIA FRANCISCA TERESA DE JESUS B MOURA
1839



Assinado digitalmente por
Mário José de Oliveira
22/01/19 - 6

19/07/17

HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 88 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.584/0104-43

Paciente: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS**
Prontuário: **250924** Atendimento: **359435**
Dt. Nasc.: **22/04/1994** Idade: **23a 1m 7d** Sexo: **M**
Pedido: **51629** Data Pedido: **29 de Maio de 2017**
Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**
Setor Solicitante: **CL.CIRURGICA II**
Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII230**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 29 de Maio de 2017

CREATININA : **0,70 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático
Valores de Referência:
De 0,4 a 1,3 mg/dl

UREIA : **34,00 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático
Valor de Referência:
10 a 50 mg/dl

CONTENIDO NÃO VERIFICADO
15 SET. 2017
CURTIE SEGRADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

GLICEMIA

RESULTADO : **87,00 MG/DL**

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO
MATERIAL: SORO/PLASMA

MARIA FRANCISCA TERESA DE JESUS B MOURA
1839



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS**

Prontuário: **250924**

Atendimento: **359435**

Sexo: **M**

Dt. Nasc.: **22/04/1994**

Idade: **23a 1m 7d**

Data Pedido: **29 de Maio de 2017**

Pedido: **51829**

Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**

Sector Solicitante: **CL. CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII230**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **29 de Maio de 2017**

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRIA.....: **1,00min**

VALOR DE REFERENCIA: 1 A 4 MINUTOS

TEMPO DE COAGULACAO.....: **7,0 min**

VALOR DE REFERENCIA: ATÉ 12 MINUTOS

PROVA DO LAÇO.....: **NEGATIVO**

VALOR DE REFERENCIA: NEGATIVO

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: **TOTAL**

VALOR DE REFERENCIA: RETRAÇÃO TOTAL

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....:

VALOR DE REFERENCIA: 150.000 A 450.000 /mm3

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

15 Set. 2017

UNIE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
17

MARIA FRANCISCA TERESA DE JESUS B MOURA
1839

[illegible]

100-443886-100

1007-17

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS

IDADE		CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO
		CIRÚRGICA II	230	04		
MÉDICO ASSISTENTE		WILSON				
IATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT	HORÁRIOS		OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR	
	1º DPO FRAT DO ACTEBULO, BEG, FO LIMPA E SECA					
08/06/17	1-Dieta oral livre					
	2- SF 0,9% 1000 ml EV p 24hs					
	3- Cefalotina 1G - 1FR + AD IV 6/6h		18 24 06 12			
	4- Ranitidina 50mg - 2ml + AD EV, 12/12 H		18 06			
	5- Dipirona 500mg/ml- 1 amp + AD, EV, 6/6H		18 24 06 12			
	6- Tramal 100mg - 1amp +100ml SF 0,9% EV 8/8H		18 06			
	7- Plasil 10mg- 1 amp + AD, EV, até de 8/8h, se náuseas ou vômitos	DN	18			
	8- ENOXAPARINA 40MG 1 AMP SC 1X/DIA					
	9- Captopril 25mg -- 01comp VO se PAS>160 ou PAD > 110 mmHg					
	10- Fisioterapia Motora e Respiratória					
	11- Sinais vitais e Cuidados gerais					

Alta do 07/06/17

PO sem ex...
POB - sem fuma...
permeável at

Dr. R. A. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-Pi 3920

Dr. R. A. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-Pi 3920

UNIE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-476

15 SET. 2017

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10/06/17



SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

Atendimento:
359435

Paciente:	MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS	Idade:	23 Anos 1 Mês 5 Dias	Sexo:	M	Prontuário:	250924
Endereço:	PADRE MALAGRIDA Q33 CASA 02	Nº:	0	Bairro:	RENASCENÇA	Cidade:	TERESINA
UF:	PI	DT. Nasc:	22/04/1994	Profissão:	ESTUDANTE	Telefone:	86 - 9955 09341
				CPF:	607.050.903-02	Cartão SUS:	706009360006046

Internação:	27/05/2017	Alta:	08/06/17	às		Permanência:	12 dias
-------------	------------	-------	----------	----	--	--------------	---------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal:: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
CID Secundário: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
CID Causa Morte: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Evolução e Situação na Alta:

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: ____/____/____ Tipo: ____

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☐ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prazo de retorno ☐ 1.6. Evasão

☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 88 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.664/0194-43

Atendimento:
359435

Paciente:	MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS			Idade:	23 Anos 1 Mês 5 Dias	Sexo:	M	Prontuário:	250924
Endereço:	PADRE MALAGRIDA Q33 CASA 02			Nº:	0	Barrio:	RENASCENÇA I	Cidade:	TERESINA
UF:	PI	DT. Nasç:	22/04/1994	Profissão:	ESTUDANTE	telefone:	86 - 9955.09341	CPF:	607.050.903-02
								Cartão SUS:	706009360006045

Internação:	27/05/2017	Alta:	08/06/17	às		Permanência:	12 dias
-------------	------------	-------	----------	----	--	--------------	---------

Diagnósticos:	CID Principal: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CID Secundário: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CID Causa Morte: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Situação na Admissão:	
---------------	---	--	--	--	-----------------------	--

Evolução e Situação na Alta:

[Handwritten notes and signatures]

Medicações Utilizadas:

[Handwritten notes and signatures]

Cirurgia: Data: ____/____/____ Tipo: ____

[Handwritten notes and signatures]

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

[Handwritten notes and signatures]

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☐ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prazo de retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por: *[Handwritten signature]*

Transporte: *[Handwritten signature]*

Nome:	<i>[Handwritten signature]</i>	Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente
-------	--------------------------------	---

Associação Médica de Oliveira
L.O. 199/19-6

RECEITUÁRIO

Relatório cronológico do sinistro

DECLARANDO QUE MARCOS VINÍCIUS LIMA DOS SANTOS, FOLIO VITÍFERO DE ACIDENTE DE TRABALHO, FOI OCORRIDO EM 23.05.17 ÀS 1900HS, TENDO SOFrido forte trauma em L.S.A.E.M.I.S., CAUSANDO COM FRACTURA POSTERO INFERIOR DA ACETABULO DIREITO, COM DESALINHAMENTO DE FRAGMENTOS ÓSSEOS, COM CAVIDADE ARTICULAR COM FRACTURA COMPLETA INFERIOR DO PÉLVIS E DANO NA COXA DO MEMBRO, FOI EM FOLIO CIRURGICAMENTE A TRAVEZ DE OSTEOSÍNTESE, COM PLACAS E DO COM FIBROSCOPIA, COM ALTA DEFINITIVA, COM CURA COMPLETA, UNIFORMIDADE 2 DE 95%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
9633-9929/9532-1987/8827-3736

[Assinatura]

10.10.17

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
REDAÇÃO DPVAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
1	23 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho da Rocha, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP: 61.024-70	


Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



0012

Documento de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
	
MARCOS VINÍCIUS LIMA DOS SANTOS	
RAIMUNDO MONTE LIMA DOS SANTOS	
PARANÁ - 22/11/1948	
MASC. N. 18486 PLS. 034 LIV. A-62	
07855-02	
241	
LEI Nº 7.116 DE 28/06/66	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

15 SET. 2017

CONTRATO NÃO VERIFICADO

UNIE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 485 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



0012

Reservado para uso exclusivo do Fisco

DECLARAÇÃO DE RECEITA

DECLARANTE: JOSE GILBERTO DE SOUZA

CPF: 058.058.113-45

DATA: 07/07/2007

ENDEREÇO: RUA COELHO DE RESENDE, 465 LOJA C

CIDADE: C. - N. Norte CEP: 64.002470

ASSINATURA: [Assinatura]

10909555829

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

15 SET. 2007

UNIE SEGRADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
C. - N. Norte CEP: 64.002470



ESTADO DO PIAUÍ
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO OPERACIONAL



Certidão de Ocorrência nº 279/2017

CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, a Senhora Andressa Laurinda da Costa Sousa, RG 2.956.420, CPF 055.031.113-03, residente e domiciliada à Rua 09, nº 2527, bairro São Benedito, no município de Timon, Estado do Maranhão, Telefone (86) 99819-1714, conforme Protocolo Geral nº AA.321.1.003385/17-76, datado de 25/08/2017, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 145/2017 do 2º Ten. QCOBM Francisco Carlos DA CRUZ Silva, referente ao serviço do dia 23 para o dia 24 de maio de 2017, foi encontrado o seguinte registro:

III – OCORRÊNCIAS

7. Acidente Automobilístico (Queda de motoqueiro)

Às 19:48hs, atendendo a solicitação da Senhora Jessica Camila Barroso, fones 99842-2883, para ocorrência de queda de motoqueiro, localizada na Av. Itararé, s/n, B. Francisco Marreiros. Às 19:49hs foi deslocada a 1ª guarnição GU/Resgate, chefiada pelo 3º Sgt BM Eldean, que chegando ao local atenderam o Senhor Marcus Vinicius Lima dos Santos, D.N. 22/04/1994, fone 99550-9341, residente na Quadra 33, casa 02, Conj. Renascença – TE/PI. A vítima foi encontrada em decúbito dorsal, consciente, orientada, com dores no membro inferior direito. Após imobilização, foi conduzida para o HUT. Retorno às 21:12hs.

Teresina-PI, 28 de agosto de 2016


JOSÉ ARIMATEIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros



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



392 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003768/2017-51

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 04/09/2017 - 15:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ITARARE, Nº:

Complemento

389849

Data/Hora

23/05/2017 - 19:00

Bairro

PARQUE JUREMA

Ponto de Referência



00001

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS 23 ANOS

RG: 0001174374980

Mãe: MARIA DOS REIS DOS SANTOS

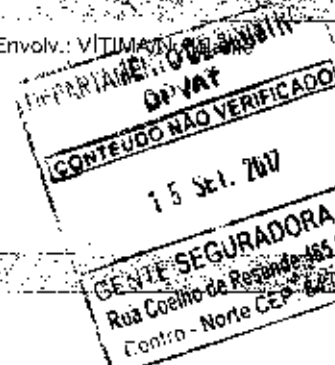
Endereço: RUA FRANCISCO MOURA ARAUJO AP-06 Nº

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-5570-5507

Tipo Envolv.: VITIMA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN, ANO 2015, PLACA PSG-4268, PROPRIETÁRIO DAVID BARROS DE OLIVEIRA, CPF 762463023-00, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AV. QUANDO ESTAVA ATRÁS DE UM ONIBUS, QUANDO ESTAVA FAZENDO UMA ULTRAPASSAGEM, VINHA UM VEICULO NO SENTIDO CONTRÁRIO COM O FAROL DESLIGADO E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO E ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 444170, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO GARGAS, PRONTUÁRIO 250924. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA
Almirallice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

Marcos Vinicius Lima dos Santos

MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS 23 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11921422

A/C: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS

Sinistro: 3170502995 ASL-0361090/17
Vitima: MARCOS VINICIUS LIMA DOS SANTOS
Data Acidente: 23/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

