



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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003226/2018-68

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 13/09/2018 - 09:25

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. SANTA TERESINHA C/ RUA PROJETADA, Nº:

Complemento

Data/Hora

15/07/2018 - 20:30

Bairro

SANTA BARBARA

Ponto de Referência

#### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3282399 PI

Mãe: ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA

Endereço: RUA JOSE TORQUATO VIANA, Nº 1905

Bairro: PIÇARREIRA

Cidade: TERESINA

Nome: ALEXANDRE GOMES DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA

Endereço: RUA DOM BOSCO, Nº 3340

Bairro: VILA BANDEIRANTE I

Cidade: TERESINA

#### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

#### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN, PLACA NIP-8548-PI, COR PRETA, RENAVAM 204316553, PROP. DE JOÃO PEDRO DE SOUSA LINHARES, E QUE TRAFEGAVA PELA AV. SANTA TERESINHA, QUANDO O VEICULO DE PLACA NIP-8548, QUE TRAFEGAVA PELA RUA PROJETADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 482334). REALIZOU CIRURGIA NO HU. (PRONT. 446042/4). O PASSAGEIRO DA MOTO, ALEXANDRE GOMES DE SOUSA, TAMBEM FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384421/18

Vítima: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA

CPF: 057.541.203-89

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91**

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

**ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA : 057.541.203-89**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

*negado, vítima em  
tratamento*

*9571-5216 / 8105-6122*

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/10/2018  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

**NELLE ROZE SOARES MARQUES**

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

*Ozeas*  
Ozeas Chaves Vieira Junior



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 

*Alison Felipe Ribeiro de Sousa*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.282.399 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/01/09

NOME ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA

FILIAÇÃO ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA  
SELSON DE SOUSA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 15/11/1992

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 16043-L 16 F 99V  
EXP JOÃO LISBOA MA 19/06/99

TERESINA - PI

*[Signature]*  
ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 OUT. 2018

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**Agua de  
Teresina**

Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - I.E 195955574

Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI

Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA

13074369-0

FATURA Nº

MES/ANO

925883

8/2018

NOME / ENDERECO

MORADOR JOSE RIBEIRO DE SOUSA

RUA JOSE TORQUATO VIANA, 1905 - PICARREIRA - TERESINA - PI - CEP: 64056670

LOCALIZAÇÃO

004-0008-006640

GRUPO

004

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y10N308680

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	Tipo	Lido	Faturado
07/2018	Lido	20	20
06/2018	Lido	19	19
05/2018	Lido	19	19
04/2018	Lido	16	16
03/2018	Lido	38	21
02/2018	Medida	80	17

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA  
ANTERIOR 10/07/2018

LEITURA  
1677

CONSUMO MÊS ANS

19

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP 154,16 + 1,55% = 2,54

COPINS 154,16 + 7,40% = 11,71

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL			
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)			
0	10	2.6510	50
10	25	4.9400	50
25	50	8.5300	50

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Pedro De Sousa Linhares,  
RG nº 3345740, data de expedição 04/12/17,  
Órgão SSPIPI, portador do CPF nº 058.764.703-50 com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua 02 Conj. Vila Maria, nº 12,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Alison Felipe Adriano de Sousa cujo o condutor era  
Alison Felipe Adriano de Sousa.  
Veículo: Moto  
Modelo: Honda 160 125 FA V  
Ano: 2008  
Placa: NIP-8548  
Chassi: 9C2JC30708R244781  
Data do Acidente: 15/07/2018  
Local e Data: Teresina 22/08/18

João Pedro de Sousa Linhares  
Assinatura do Declarante

Alison Felipe Adriano de Sousa  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Alison Felipe Ribeiro de Sousa

CPF da Vítima

057.541.203-89

Data do Acidente

15/07/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Teresina, 11 de outubro de 2018

Local e Data

Alison Felipe Ribeiro de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

057.541.203-89

Nome completo da vítima

Alison Felipe Ribeiro De Sousa

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Alison Felipe Ribeiro De Sousa	057.541.203-89	metanurgico
Endereço	Número	Complemento
Rua Jose Torquato Viana	3905	Casa
Barrio	Cidade	Estado
Picarenda	Teresina	PI
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64056-670	(86) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

3808

D/V

CONTA

NRO.

17500

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 11 de Outubro de 2018

Local e Data

Alison Felipe Ribeiro De Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







AUTO-ATENDIMENTO - AG. CONSELHEIRO SARAIVA  
DATA: 16/10/2018 HORA: 09:25:10  
TERMINAL: 00291030 CONTROLE: 002910300095

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3808 013.00017500-8  
NOME: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 4444968655

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alison Felipe Ribeiro de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.541.203/89, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Alison Felipe Ribeiro de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.541.203/89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua 24 De Janelino		544	Sala
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Teresina	PI	64000-235
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	(86) 3303-4104	(86) 99534-6565	

Teresina, 15 de Outubro de 2018  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante





Paciente: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA  
Nascimento: 15/11/1992

### LAUDO MÉDICO

Atesto que paciente supracitado, vítima de acidente de trânsito, apresentou fratura-luxação acrômio-clavicular em ombro direito, tendo sido operado com pinos intraósseos, ficou internado mais de 07 (sete) dias. Apresenta alta definitiva atual, evolui com dor e limitação com impotência funcional ombro direito de 60 %.

CID-10: S431/ M191/ M245

Teresina, 07/11/2018

Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO  
CRM 2775

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia  
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia  
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330  
Fone/Fax: (86) 3131-6666 / 3221-6174 • [www.neoclinica.net.br](http://www.neoclinica.net.br)





NOME DO PACIENTE: Aldemir Luiz Delmo de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 480339

**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".

Aldemir Luiz Delmo de Sousa  
Pronto Atendimento HUT  
Confere com o original

**Município de Teresina - Serviço Móvel de Atendimento**

01 Chamado: 2074 | 02 Data do chamado: 15/07/2018 | 03 PRO (código): 2899 | 04 Saída do PA: 20:53 | 05 Chegada ao local: 21:07 | 06 Saída do local: 21:35 | 07 Chegada ao 1º hospital: 21:50 | 08 Saída do 1º hospital: | 09 Chegada ao 2º Hospital: |

10 Endereço: AV. SANTA TERESINHA | 11 Bairro: BUCHTEIN | 12 Município-UF: TERESINA - PI | 13 Código IBGE: |

14 Nome de referência: LIAIA - CASA DA CAINE | 15 Sexo: 1 Masculino, 2 Feminino, 9 Ignorado | 16 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado | 17 Idade: 25, 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, 85-94, 95-104, 105-114, 115-124, 125-134, 135-144, 145-154, 155-164, 165-174, 175-184, 185-194, 195-204, 205-214, 215-224, 225-234, 235-244, 245-254, 255-264, 265-274, 275-284, 285-294, 295-304, 305-314, 315-324, 325-334, 335-344, 345-354, 355-364, 365-374, 375-384, 385-394, 395-404, 405-414, 415-424, 425-434, 435-444, 445-454, 455-464, 465-474, 475-484, 485-494, 495-504, 505-514, 515-524, 525-534, 535-544, 545-554, 555-564, 565-574, 575-584, 585-594, 595-604, 605-614, 615-624, 625-634, 635-644, 645-654, 655-664, 665-674, 675-684, 685-694, 695-704, 705-714, 715-724, 725-734, 735-744, 745-754, 755-764, 765-774, 775-784, 785-794, 795-804, 805-814, 815-824, 825-834, 835-844, 845-854, 855-864, 865-874, 875-884, 885-894, 895-904, 905-914, 915-924, 925-934, 935-944, 945-954, 955-964, 965-974, 975-984, 985-994, 995-1004, 1005-1014, 1015-1024, 1025-1034, 1035-1044, 1045-1054, 1055-1064, 1065-1074, 1075-1084, 1085-1094, 1095-1104, 1105-1114, 1115-1124, 1125-1134, 1135-1144, 1145-1154, 1155-1164, 1165-1174, 1175-1184, 1185-1194, 1195-1204, 1205-1214, 1215-1224, 1225-1234, 1235-1244, 1245-1254, 1255-1264, 1265-1274, 1275-1284, 1285-1294, 1295-1304, 1305-1314, 1315-1324, 1325-1334, 1335-1344, 1345-1354, 1355-1364, 1365-1374, 1375-1384, 1385-1394, 1395-1404, 1405-1414, 1415-1424, 1425-1434, 1435-1444, 1445-1454, 1455-1464, 1465-1474, 1475-1484, 1485-1494, 1495-1504, 1505-1514, 1515-1524, 1525-1534, 1535-1544, 1545-1554, 1555-1564, 1565-1574, 1575-1584, 1585-1594, 1595-1604, 1605-1614, 1615-1624, 1625-1634, 1635-1644, 1645-1654, 1655-1664, 1665-1674, 1675-1684, 1685-1694, 1695-1704, 1705-1714, 1715-1724, 1725-1734, 1735-1744, 1745-1754, 1755-1764, 1765-1774, 1775-1784, 1785-1794, 1795-1804, 1805-1814, 1815-1824, 1825-1834, 1835-1844, 1845-1854, 1855-1864, 1865-1874, 1875-1884, 1885-1894, 1895-1904, 1905-1914, 1915-1924, 1925-1934, 1935-1944, 1945-1954, 1955-1964, 1965-1974, 1975-1984, 1985-1994, 1995-2004, 2005-2014, 2015-2024, 2025-2034, 2035-2044, 2045-2054, 2055-2064, 2065-2074, 2075-2084, 2085-2094, 2095-2104, 2105-2114, 2115-2124, 2125-2134, 2135-2144, 2145-2154, 2155-2164, 2165-2174, 2175-2184, 2185-2194, 2195-2204, 2205-2214, 2215-2224, 2225-2234, 2235-2244, 2245-2254, 2255-2264, 2265-2274, 2275-2284, 2285-2294, 2295-2304, 2305-2314, 2315-2324, 2325-2334, 2335-2344, 2345-2354, 2355-2364, 2365-2374, 2375-2384, 2385-2394, 2395-2404, 2405-2414, 2415-2424, 2425-2434, 2435-2444, 2445-2454, 2455-2464, 2465-2474, 2475-2484, 2485-2494, 2495-2504, 2505-2514, 2515-2524, 2525-2534, 2535-2544, 2545-2554, 2555-2564, 2565-2574, 2575-2584, 2585-2594, 2595-2604, 2605-2614, 2615-2624, 2625-2634, 2635-2644, 2645-2654, 2655-2664, 2665-2674, 2675-2684, 2685-2694, 2695-2704, 2705-2714, 2715-2724, 2725-2734, 2735-2744, 2745-2754, 2755-2764, 2765-2774, 2775-2784, 2785-2794, 2795-2804, 2805-2814, 2815-2824, 2825-2834, 2835-2844, 2845-2854, 2855-2864, 2865-2874, 2875-2884, 2885-2894, 2895-2904, 2905-2914, 2915-2924, 2925-2934, 2935-2944, 2945-2954, 2955-2964, 2965-2974, 2975-2984, 2985-2994, 2995-3004, 3005-3014, 3015-3024, 3025-3034, 3035-3044, 3045-3054, 3055-3064, 3065-3074, 3075-3084, 3085-3094, 3095-3104, 3105-3114, 3115-3124, 3125-3134, 3135-3144, 3145-3154, 3155-3164, 3165-3174, 3175-3184, 3185-3194, 3195-3204, 3205-3214, 3215-3224, 3225-3234, 3235-3244, 3245-3254, 3255-3264, 3265-3274, 3275-3284, 3285-3294, 3295-3304, 3305-3314, 3315-3324, 3325-3334, 3335-3344, 3345-3354, 3355-3364, 3365-3374, 3375-3384, 3385-3394, 3395-3404, 3405-3414, 3415-3424, 3425-3434, 3435-3444, 3445-3454, 3455-3464, 3465-3474, 3475-3484, 3485-3494, 3495-3504, 3505-3514, 3515-3524, 3525-3534, 3535-3544, 3545-3554, 3555-3564, 3565-3574, 3575-3584, 3585-3594, 3595-3604, 3605-3614, 3615-3624, 3625-3634, 3635-3644, 3645-3654, 3655-3664, 3665-3674, 3675-3684, 3685-3694, 3695-3704, 3705-3714, 3715-3724, 3725-3734, 3735-3744, 3745-3754, 3755-3764, 3765-3774, 3775-3784, 3785-3794, 3795-3804, 3805-3814, 3815-3824, 3825-3834, 3835-3844, 3845-3854, 3855-3864, 3865-3874, 3875-3884, 3885-3894, 3895-3904, 3905-3914, 3915-3924, 3925-3934, 3935-3944, 3945-3954, 3955-3964, 3965-3974, 3975-3984, 3985-3994, 3995-4004, 4005-4014, 4015-4024, 4025-4034, 4035-4044, 4045-4054, 4055-4064, 4065-4074, 4075-4084, 4085-4094, 4095-4104, 4105-4114, 4115-4124, 4125-4134, 4135-4144, 4145-4154, 4155-4164, 4165-4174, 4175-4184, 4185-4194, 4195-4204, 4205-4214, 4215-4224, 4225-4234, 4235-4244, 4245-4254, 4255-4264, 4265-4274, 4275-4284, 4285-4294, 4295-4304, 4305-4314, 4315-4324, 4325-4334, 4335-4344, 4345-4354, 4355-4364, 4365-4374, 4375-4384, 4385-4394, 4395-4404, 4405-4414, 4415-4424, 4425-4434, 4435-4444, 4445-4454, 4455-4464, 4465-4474, 4475-4484, 4485-4494, 4495-4504, 4505-4514, 4515-4524, 4525-4534, 4535-4544, 4545-4554, 4555-4564, 4565-4574, 4575-4584, 4585-4594, 4595-4604, 4605-4614, 4615-4624, 4625-4634, 4635-4644, 4645-4654, 4655-4664, 4665-4674, 4675-4684, 4685-4694, 4695-4704, 4705-4714, 4715-4724, 4725-4734, 4735-4744, 4745-4754, 4755-4764, 4765-4774, 4775-4784, 4785-4794, 4795-4804, 4805-4814, 4815-4824, 4825-4834, 4835-4844, 4845-4854, 4855-4864, 4865-4874, 4875-4884, 4885-4894, 4895-4904, 4905-4914, 4915-4924, 4925-4934, 4935-4944, 4945-4954, 4955-4964, 4965-4974, 4975-4984, 4985-4994, 4995-5004, 5005-5014, 5015-5024, 5025-5034, 5035-5044, 5045-5054, 5055-5064, 5065-5074, 5075-5084, 5085-5094, 5095-5104, 5105-5114, 5115-5124, 5125-5134, 5135-5144, 5145-5154, 5155-5164, 5165-5174, 5175-5184, 5185-5194, 5195-5204, 5205-5214, 5215-5224, 5225-5234, 5235-5244, 5245-5254, 5255-5264, 5265-5274, 5275-5284, 5285-5294, 5295-5304, 5305-5314, 5315-5324, 5325-5334, 5335-5344, 5345-5354, 5355-5364, 5365-5374, 5375-5384, 5385-5394, 5395-5404, 5405-5414, 5415-5424, 5425-5434, 5435-5444, 5445-5454, 5455-5464, 5465-5474, 5475-5484, 5485-5494, 5495-5504, 5505-5514, 5515-5524, 5525-5534, 5535-5544, 5545-5554, 5555-5564, 5565-5574, 5575-5584, 5585-5594, 5595-5604, 5605-5614, 5615-5624, 5625-5634, 5635-5644, 5645-5654, 5655-5664, 5665-5674, 5675-5684, 5685-5694, 5695-5704, 5705-5714, 5715-5724, 5725-5734, 5735-5744, 5745-5754, 5755-5764, 5765-5774, 5775-5784, 5785-5794, 5795-5804, 5805-5814, 5815-5824, 5825-5834, 5835-5844, 5845-5854, 5855-5864, 5865-5874, 5875-5884, 5885-5894, 5895-5904, 5905-5914, 5915-5924, 5925-5934, 5935-5944, 5945-5954, 5955-5964, 5965-5974, 5975-5984, 5985-5994, 5995-6004, 6005-6014, 6015-6024, 6025-6034, 6035-6044, 6045-6054, 6055-6064, 6065-6074, 6075-6084, 6085-6094, 6095-6104, 6105-6114, 6115-6124, 6125-6134, 6135-6144, 6145-6154, 6155-6164, 6165-6174, 6175-6184, 6185-6194, 6195-6204, 6205-6214, 6215-6224, 6225-6234, 6235-6244, 6245-6254, 6255-6264, 6265-6274, 6275-6284, 6285-6294, 6295-6304, 6305-6314, 6315-6324, 6325-6334, 6335-6344, 6345-6354, 6355-6364, 6365-6374, 6375-6384, 6385-6394, 6395-6404, 6405-6414, 6415-6424, 6425-6434, 6435-6444, 6445-6454, 6455-6464, 6465-6474, 6475-6484, 6485-6494, 6495-6504, 6505-6514, 6515-6524, 6525-6534, 6535-6544, 6545-6554, 6555-6564, 6565-6574, 6575-6584, 6585-6594, 6595-6604, 6605-6614, 6615-6624, 6625-6634, 6635-6644, 6645-6654, 6655-6664, 6665-6674, 6675-6684, 6685-6694, 6695-6704, 6705-6714, 6715-6724, 6725-6734, 6735-6744, 6745-6754, 6755-6764, 6765-6774, 6775-6784, 6785-6794, 6795-6804, 6805-6814, 6815-6824, 6825-6834, 6835-6844, 6845-6854, 6855-6864, 6865-6874, 6875-6884, 6885-6894, 6895-6904, 6905-6914, 6915-6924, 6925-6934, 6935-6944, 6945-6954, 6955-6964, 6965-6974, 6975-6984, 6985-6994, 6995-7004, 7005-7014, 7015-7024, 7025-7034, 7035-7044, 7045-7054, 7055-7064, 7065-7074, 7075-7084, 7085-7094, 7095-7104, 7105-7114, 7115-7124, 7125-7134, 7135-7144, 7145-7154, 7155-7164, 7165-7174, 7175-7184, 7185-7194, 7195-7204, 7205-7214, 7215-7224, 7225-7234, 7235-7244, 7245-7254, 7255-7264, 7265-7274, 7275-7284, 7285-7294, 7295-7304, 7305-7314, 7315-7324, 7325-7334, 7335-7344, 7345-7354, 7355-7364, 7365-7374, 7375-7384, 7385-7394, 7395-7404, 7405-7414, 7415-7424, 7425-7434, 7435-7444, 7445-7454, 7455-7464, 7465-7474, 7475-7484, 7485-7494, 7495-7504, 7505-7514, 7515-7524, 7525-7534, 7535-7544, 7545-7554, 7555-7564, 7565-7574, 7575-7584, 7585-7594, 7595-7604, 7605-7614, 7615-7624, 7625-7634, 7635-7644, 7645-7654, 7655-7664, 7665-7674, 7675-7684, 7685-7694, 7695-7704, 7705-7714, 7715-7724, 7725-7734, 7735-7744, 7745-7754, 7755-7764, 7765-7774, 7775-7784, 7785-7794, 7795-7804, 7805-7814, 7815-7824, 7825-7834, 7835-7844, 7845-7854, 7855-7864, 7865-7874, 7875-7884, 7885-7894, 7895-7904, 7905-7914, 7915-7924, 7925-7934, 7935-7944, 7945-7954, 7955-7964, 7965-7974, 7975-7984, 7985-7994, 7995-8004, 8005-8014, 8015-8024, 8025-8034, 8035-8044, 8045-8054, 8055-8064, 8065-8074, 8075-8084, 8085-8094, 8095-8104, 8105-8114, 8115-8124, 8125-8134, 8135-8144, 8145-8154, 8155-8164, 8165-8174, 8175-8184, 8185-8194, 8195-8204, 8205-8214, 8215-8224, 8225-8234, 8235-8244, 8245-8254, 8255-8264, 8265-8274, 8275-8284, 8285-8294, 8295-8304, 8305-8314, 8315-8324, 8325-8334, 8335-8344, 8345-8354, 8355-8364, 8365-8374, 8375-8384, 8385-8394, 8395-8404, 8405-8414, 8415-8424, 8425-8434, 8435-8444, 8445-8454, 8455-8464, 8465-8474, 8475-8484, 8485-8494, 8495-8504, 8505-8514, 8515-8524, 8525-8534, 8535-8544, 8545-8554, 8555-8564, 8565-8574, 8575-8584, 8585-8594, 8595-8604, 8605-8614, 8615-8624, 8625-8634, 8635-8644, 8645-8654, 8655-8664, 8665-8674, 8675-8684, 8685-8694, 8695-8704, 8705-8714, 8715-8724, 8725-8734, 8735-8744, 8745-8754, 8755-8764, 8765-8774, 8775-8784, 8785-8794, 8795-8804, 8805-8814, 8815-8824, 8825-8834, 8835-8844, 8845-8854, 8855-8864, 8865-8874, 8875-8884, 8885-8894, 8895-8904, 8905-8914, 8915-8924, 8925-8934, 8935-8944, 8945-8954, 8955-8964, 8965-8974, 8975-8984, 8985-8994, 8995-9004, 9005-9014, 9015-9024, 9025-9034, 9035-9044, 9045-9054, 9055-9064, 9065-9074, 9075-9084, 9085-9094, 9095-9104, 9105-9114, 9115-9124, 9125-9134, 9135-9144, 9145-9154, 9155-9164, 9165-9174, 9175-9184, 9185-9194, 9195-9204, 9205-9214, 9215-9224, 9225-9234, 9235-9244, 9245-9254, 9255-9264, 9265-9274, 9275-9284, 9285-9294, 9295-9304, 9305-9314, 9315-9324, 9325-9334, 9335-9344, 9345-9354, 9355-9364, 9365-9374, 9375-9384, 9385-9394, 9395-9404, 9405-9414, 9415-9424, 9425-9434, 9435-9444, 9445-9454, 9455-9464, 9465-9474, 9475-9484, 9485-9494, 9495-9504, 9505-9514, 9515-9524, 9525-9534, 9535-9544, 9545-9554, 9555-9564, 9565-9574, 9575-9584, 9585-9594, 9595-9604, 9605-9614, 9615-9624, 9625-9634, 9635-9644, 9645-9654, 9655-9664, 9665-9674, 9675-9684, 9685-9694, 9695-9704, 9705-9714, 9715-9724, 9725-9734, 9735-9744, 9745-9754, 9755-9764, 9765-9774, 9775-9784, 9785-9794, 9795-9804, 9805-9814, 9815-9824, 9825-9834, 9835-9844, 9845-9854, 9855-9864, 9865-9874, 9875-9884, 9885-9894, 9895-9904, 9905-9914, 9915-9924, 9925-9934, 9935-9944, 9945-9954, 9955-9964, 9965-9974, 9975-9984, 9985-9994, 9995-10004, 10005-10014, 10015-10024, 10025-10034, 10035-10044, 10045-10054, 10055-10064, 10065-10074, 10075-10084, 10085-10094, 10095-10104, 10105-10114, 10115-10124, 10125-10134, 10135-10144, 10145-10154, 10155-10164, 10165-10174, 10175-10184, 10185-10194, 10195-10204, 10205-10214, 10215-10224, 10225-10234, 10235-10244, 10245-10254, 10255-10264, 10265-10274, 10275-10284, 10285-10294, 10295-10304, 10305-10314, 10315-10324, 10325-10334, 10335-10344, 10345-10354, 10355-10364, 10365-10374, 10375-10384, 10385-10394, 10395-10404, 10405-10414, 10415-10424, 10425-10434, 10435-10444, 10445-10454, 10455-10464, 10465-10474, 10475-10484, 10485-10494, 10495-10504, 10505-10514, 10515-10524, 10525-10534, 10535-10544, 10545-10554, 10555-10564, 10565-10574, 10575-10584, 10585-10594, 10595-10604, 10605-10614, 10615-10624, 10625-10634, 10635-10644, 10645-10654, 10655-10664, 10665-10674, 10675-10684, 10685-10694, 10695-10704, 10705-10714, 10715-10724, 10725-10734, 10735-10744, 10745-10754, 10755-10764, 10765-10774, 10775-10784, 10785-10794, 10795-10804, 10805-10814, 10815-10824, 10825-10834, 10835-10844, 10845-10854, 10855-10864, 10865-10874, 10875-10884, 10885-10894, 10895-10904, 10905-10914, 10915-10924, 10925-10934, 10935-10944, 10945-10954, 10955-10964, 10965-10974, 10975-10984, 10985-10994, 10995-11004, 1

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

*OK*  
*OTTO*  
*AR. G. ERN*  
**SUS**

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 15/07/2018 21:53:55

**DADOS DO PACIENTE:**

(User: FLAVIA MENDES)  
(Estação: RECEPCAO01)

Nome: <b>ALISSON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA</b>		Prontuário: <b>482334</b>	
Mãe: <b>ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA</b>		Pai:	
End. Resid.: <b>RUA JOSE TOQUATO VINA 1905 - PICARREIRA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000</b>			
Nascimento: <b>15/11/1992</b>	Idade: <b>25a8m0d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Fone: <b>- -</b>
Responsável: <b>ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA</b>		CNS: <b>706207572767267</b>	
Profissão: <b>METARLUGICO</b>		CPF: <b>- - - - -</b> RG: <b>-</b>	
G. Instrução: <b>Fundamental Completo</b>		E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>	
End.Local.: <b>- - -</b>			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: <b>674545</b>	Data: <b>15/07/2018 21:49:20</b>	Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S U S</b>
Acid.Trab.: <b>Não</b>	Trajetos?: <b>Não</b>	Tipico: <b>Não</b>
CID Secundário: <b>V299</b>		

**DADOS CLÍNICOS:**

Paciente trazido pelo SAMU com história de colisão da moto em muro. Paciente desorientado inicialmente, sofreu ingestão de bebida alcoólica, ausência de alívio e náuseas. (A) Vias aéreas permeáveis e ausência de dor, guel. (B) MV, ARA, SFC = 97% (C) RR em 21, BrF, ausência de ruídos pulmonares, dor (frontal) leve em ambos os lados, olhos fechados e regulares, pulso = 127. (D) EC6 = 14, pupilas isocóricas e reativas. (E) Ausência de alterações meningeas de dor no tórax, em ens. omb. e abd., além de apêndice. DR. ZENOVIO ROCHA

PA: <b>X</b> mmHg	Pulso: <b>127</b> bpm	Temp.: <b>36.5</b>
Diagnóstico Inicial:	CID: <b>V299</b>	

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Solufo TC de tórax, US abdome e Rx tórax e ombro D  
Solufo radiologia ortopédica e renais  
- Admissão NO DIA 6 AM

( ) Melhorado ( ) Administrativa ( ) Retornar à Unid. Origem: ( ) Curado ( ) Por Indisciplina ( ) Transferência: ( ) Inalterado ( ) Por Evasão ( ) A Pedido	
ALTA:	DATA SAÍDA: <b>15/07/2018</b> HORA: <b>15:02</b>
DESTINO: ( ) Até 24 Hs ( ) De 24 a 48 Hs ( ) Após 48 Hs	
CID Compativo: Prof. Solicitante Internação:	

*Assinatura Paciente ou Responsável*

Dr. José Lucas Torres Ferreira Luz  
MÉDICO  
CRM-PI 5964

Carimbo Assinatura Profissional - BE

Jô Ozer Castro Sousa  
Clínica Médica





Fundação Municipal de Saúde

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/07/2018



IDENTIFICANTE Nome do Paciente: <u>Wilson Felipe Ribeiro de Souza</u>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <u>Altura normal - sem emagrecimento</u>	ALERGIAS	HORÁRIO	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: <u>16/07/18</u> HORA: <u>07:00</u>					
<u>Prescrição Médica</u>					
<u>1) 500mg de Sulfato de Cloxacilina 500mg</u>					
<u>2) 100mg de Clonazepam 100mg</u>					
<u>3) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>4) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>5) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>6) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>7) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>8) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>9) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>10) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>11) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>12) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>13) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>14) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>15) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>16) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>17) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>18) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>19) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>20) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>21) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>22) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>23) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>24) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>25) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>26) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>27) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>28) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>29) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>30) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>31) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>32) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>33) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>34) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>35) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>36) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>37) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>38) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>39) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>40) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>41) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>42) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>43) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>44) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>45) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>46) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>47) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>48) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>49) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>50) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>51) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>52) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>53) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>54) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>55) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>56) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>57) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>58) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>59) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>60) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>61) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>62) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>63) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>64) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>65) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>66) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>67) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>68) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>69) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>70) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>71) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>72) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>73) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>74) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>75) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>76) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>77) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>78) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>79) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>80) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>81) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>82) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>83) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>84) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>85) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>86) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>87) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>88) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>89) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>90) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>91) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>92) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>93) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>94) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>95) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>96) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>97) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>98) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>99) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					
<u>100) 100mg de Sulfato de Cloxacilina 100mg</u>					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Badajós - Fone: 35 3213 3443  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALLISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 483934)  
Endereço: RUA JOSE TOQUATO VINA 1905 - PISCARREIRA - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
Nascimento: 15/11/1992 Idade: 25a/m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 6745  
Regulação: 655563 Solicitação: 15/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1055631 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020048

Data Exame: 15

### US DE ABDOME TOTAL

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

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

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(HELDER FRANCA)

TERESINA - PI 15/07/2018

*Aldemir Lira Araújo*  
Pronto Atendimento HUT  
Confere com o original

HELDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 267.117.933-08 CRM-PI 3714  
Profissional Responsável

Responsável pela recepção

AC/IE

Versão: 27.11.2011

CRM:



01 Data do chamado 20/07/2011 02 Data do chamado 15/07/2011 03 PRO (código) 2899 04 Saída do PA 20:53 05 Chegada ao local 21:07

06 Saída do local 21:35 07 Chegada ao 1º hospital 21:50 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital

10 Endereço AV. SANTA TERESINHA 11 Bairro VILA ALEXANDRE 12 Município-UF TERESINA - PI

13 Ponto de referência LIAIA - CASA DA CAINE 14 Nome ALISSON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado

16 Idade 25 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros

19 Vitima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança

1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - Assento para criança

23 Glasgow = 14 24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/50 TAX. SatO2 96%

25 Local da lesão

26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não

29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino HUT 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado

34 Obito 1 - Sim 2 - Não 3 - Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Acidente de trânsito, colisão de moto/carro. Referido ao ombro direito, com dor e inchaço. Não porta documentação médica. 28/07, orientou acesso venoso periferico SFO 9% 50ml.

Socorristas Médico AETE VITÓRIA 1139277 Enfermeiro Conductor HEKARIS

Responsável pela recepção



## Sumário de Alta

folha: 1 / 1

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Alison Felipe Ribeiro de Sousa Prontuário: 446042/4  
Idade: 25 anos 8 meses Sexo: Masculino Leito: 0050E  
Data internação: 27/07/2018 Data Alta: 01/08/2018 Permanência: 5 dias  
Convênio: Sus  
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura  
Divisão de Gestão do Cuidado

### 2. DIAGNÓSTICOS

#### Objetos da internação

Luxação da articulação acromioclavicular (S43.1)

#### Diagnóstico principal na Alta

Luxação da articulação acromioclavicular (S43.1)

### 3. EVOLUÇÃO

PCT EVOLUI EM 2º DIA DE POS OPERATÓRIA DE TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO EM ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA, PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS. ENCONTRA-SE EM BOM ESTADO GERAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AMBIENTE, ESTAVEL CLINICAMENTE. REFERE DOR LEVE/MODERADA EM OMBRO DIREITO APENAS DURANTE MOBILIZAÇÃO, SEM OUTRAS QUEIXAS.

#### AO EXAME:

FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS LOCAIS, NEUROVASCULAR DISTAL SEM ALTERAÇÕES, EM USO DE TIPOIA

OBS: MÁQUINA DE RADIOGRAFIA DO HOSPITAL ENCONTRA-SE EM MANUTENÇÃO, REALIZADA ESCOPA DECONTROLE POS OPERATÓRIA, IMAGEM EM ANEXO NO PRONTUÁRIO

#### CD:

ALTA HOSPITALAR + RETORNO AMBULATORIAL EM 15 A 20 DIAS + RETIRAR PONTOS 15 DIAS APÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO + ORIENTAÇÕES GERAIS E QUANTOS AOS CUIDADOS COM FERIDA OPERATÓRIA + MANTER TIPOIA + RECEITA + ATESTADO

### PLANO PÓS-ALTA

#### Motivo da Alta

Alta médica

#### Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital

### ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

01/08/2018, 11:08 h.

Dr. LUCAS ARAUJO SILVA CRM 7144

Dr. Lucas Araújo  
CRM 7144

Sumário de Alta

Identificação

Alison Felipe Ribeiro de Sousa

Leito: 0050E

445042/4

SUMARIO\_ALTA 01/08/2018 11:10:50 962456-42571-3

O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Imp: 15/07/2018' 21:53:55  
(FLAVIA MENDES)

<b>Nome:</b> ALISSON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA		<b>Prontuário:</b> 482334
<b>Mãe:</b> ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA		<b>Pai:</b>
<b>End. Resid.:</b> RUA JOSE TOQUATO VINA 1905 - PICARREIRA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<b>Nascimento:</b> 15/11/1992	<b>Idade:</b> 25a8m0d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> - -
<b>Responsável:</b> ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA		<b>CNS:</b> 706207572767267
<b>Profissão:</b> METARLUGICO		<b>Documento:</b> CPF: - - -
<b>G Instrução:</b> Fundamental Completo		<b>E. Civil:</b> Solteiro(a)
<b>End. Local:</b> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 674545	<u>Data:</u> 15/07/2018 21:49:20	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/ : ESPECIALISTA: NIT

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: 10 - 1000 M2  
Im cont- para

20121211

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 16/2/11 02:10

Trabalho com o qual não se relaciona  
Trabalho de natureza  
Trabalho de natureza

Trabalho de natureza  
Trabalho de natureza

Trabalho de natureza  
Trabalho de natureza

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):  
 Data/Hora Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:\_\_\_\_ ESPECIALISTA:  
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:  
 Aldemir Araújo  
 Pronto Atendimento HUT  
 Confira com o original  
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Carimbo/Assinatura Solicitante  
 Ortópedia: Dr. Luciano  
 Continuação do Apts.  
 PR Anho ① - ausência  
 apontando de fratura, flexão  
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer  
 Apts. O. T. S. N. C.  
 Dr. João Vaz de Oliveira Neto  
 Prof. Otorrinolaringologista

Alison Felipe Ribeiro de Sousa

NOME

14604214

Nº do prontuário

50

Enfermaria

65

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA: 2 dias

01/08/2018



Hospital  
Universitário

FBSPH

Ministério da  
Educação

BRASIL  
PAÍS RICO E PAÍS SEM DORREZA

Juanho





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

OPRIME



Hospital  
Universitário

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE Hospital Universitário	2 - CNES 3.285.391
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Hospital Universitário	4 - CNES 3.285.391

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 4460424		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 201498811980000	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/11/1992	9 - SEXO Masculino	10 - RAÇA / COR Parda	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA		12 - TELEFONE DE CONTATO (86) 994171425 / (86)		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL MÁRIO		14 - TELEFONE DE CONTATO		
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) R. TORQUATO VIANA, 1905, PÍCARREIRA				
16 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA RUA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2211001	18 - UF PI	19 - CEP 64056670

### JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente, 25 anos, com história de acidente motociclistico em 15/07/18 com trauma em ombro direito, evoluiu com dor, edema e limitação de movimento em ombro direito. Radiografia evidencia luxação acromio clavicular grau III			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES) Anamnese + exame físico + radiografia			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Luxação acromio clavicular à direita	24 - CID 10 PRINCIPAL S43.1 - Luxação	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408010185	
29 - DATA 27/07	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	31 - DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF	32 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 9943439353
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ERUNO WILSON DA SILVA MOURA		34 - DATA DA 27/07/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) 

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº BILHETE 0	41 - SÉRIE 0
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE EMPRESA	44 - CBOR
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) 		
53 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL 			

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULAÇÃO**

<b>REGISTRAÇÃO: 303271809</b>	<b>Nº REGULAÇÃO: 35260</b>	<b>TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR</b>
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86) 3229-4321		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU		
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)		
<b>PACIENTE:</b> ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA		<b>NASCIMENTO:</b> 15/11/1992

**DADOS CLÍNICOS**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR (D). BOM ESTADO GERAL.

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

RX OMBRO (D): LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR.

**EXAMES SOLICITADOS:**

**DIAGNÓSTICO(CID):** LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

**COMORBIDADE:**

**PRESSÃO ARTERIAL:**

**FREQ. CARDÍACA:**

**SATURAÇÃO:**

**FREQ. RESPIRATÓRIA:**

**GLICEMIA:**

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**

**USO DE O2:**

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

IMOBILIZAÇÃO.

**DATA:** 27/07/2018 15:21:50

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE**

**Paciente:** ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA  
**Nascimento:** 15/11/1992

**Motivo do Chamado:**  
TRANSFERENCIA INTERHOSPITALAR

**Estabelecimento de Origem:**  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA  
- HUT

**Estabelecimento de Destino:**  
HOSPITAL UNIVERSITARIO HU

**Verificação do Estabelecimento de Destino:**  
Transferência Confirmada

**Viatura:**

**Data/Hora Programada:**

32



Nome Social		Prontuário	
[ ]		446042/4	
Sexo		Estado Civil	Dt Nascimento
Masculino		Solteiro	15/11/1992
Data cadastro		Data recadastro	Pront. Família
27/07/2018		[ ]	[ ]
CPF		Cartão SUS	
[ ]		201498811980000	
Cidade de nascimento		UF	
TERESINA		PI	
Nacionalidade		[ ]	
BRASILEIRO		[ ]	
Profissão		Código da profissão	Cor
[ ]		[ ]	Parda
Fone ou Recado		86-994171425	
Moradouro		Posto de Referência :	
[ ]		[ ]	
Complemento		Bairro	
[ ]		PIÇARREIRA	
UF		CEP	
PI		64056-670	
Identificador			
[ ]			
Ass. Cadastradora			
SUPERINTENDENCIA			
Reservação			
[ ]			
Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.			
<p>Teresina</p> <p><i>Roberto Ribeiro de Sousa</i></p> <p>( ) ( ) ( ) ( )</p> <p>Paciente Pai Mãe Representante Legal</p>			
Hospital Universitario - Ufpi		[ ]	
Boletim de Identificação de Paciente		[ ]	

Identificação do Paciente

Paciente: 282803      Prontuário: 0446042/4  
Nome: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA  
Mãe: ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA  
Endereço: Rua JOSÉ TORQUATO VIANA  
Cidade: 1905      Complemento:      Cartão SUS: 201498811980000  
Bairro: PICARREIRA      Telefone: 86 994171425  
Município: TERESINA      UF: PI      Cep: 64.056-670  
Data Nasco.: 15/11/1992      Idade: 25      Sexo: M      Cor: M      Est. Civil: S  
Profissão:      UF Nascimento: PI  
Naturalidade: TERESINA  
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:      Endereço:      Cidade:      UF:      CEP:      Fone:

Dados da Internação

Data Internação: 27/07/2018 23:44  
Principal: S43.1 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR  
Secundário: Y98 CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA  
Admissão: 408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-  
Clínica:      Ala: 1      Quarto: 0050      Dif. Classe: N      Acompanhante: N  
Leito: E      Convênio: 1/1 SUS - INTERNACÃO  
Local: POSTO 4 CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA      Acomodação: ENFERMARIA  
Especialidade: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Gratidão de Internação: URGENCIA  
Tabela: TABELA UNIFICADA      Perm. SUS: 2 Dia(s)  
Tipo de Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA  
CRM: 5338      CPF: 99434393353  
Chefe da Equipe ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA : ANDRE LUIZ PINHO SOBRAL  
CRM: 3573      62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: LUIZ BETANIA MARIA DA CONCEICAO ANDRADE SA  
CPF: 2000527

Observação

SOLICITAR DOCUMENTOS PARA RECADASTRO

\*\*\*\*\*

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: <u>ADRIANA LUIZ DE OLIVEIRA</u>	CLÍNICA / ENF. / LEITO: <u>50 B</u>
DATA DA ADMISSÃO: <u>07/04/2018</u>	SEXO: <u>M</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>15/11/92</u> IDADE: <u>25</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO:	RESIDÊNCIA: <u>Pisamar</u>
PROCEDÊNCIA: <u>Trauma - PI</u>	COR (REFERIDA):
ESCOLARIDADE: <u>2º ano ensino</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Lesão Amniotórax</u>	

2. MOTIVO DA INTERNATAÇÃO / PRINCIPAIS QUEIXAS

Lesão Amniotórax

2.1 SINAIS VITAIS: P.A. 120 x 70 R 20 T 36,7 P 68 Glic 93 Sat 98 PESO: 65  
ALTURA 1,70 IMC 22,8

2.2 ESCALA DA DOR (1 a 10): 4 (0 = sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa)

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: ( ) HAS ( ) DM ( ) Cardiopatias ( ) AVE-H ( ) AVE-I ( ) Nefropatias ( ) Neoplasias  
( ) Outros. Especificar: Não

ANTECEDENTES PESSOAIS: ( ) Doenças crônicas: Não

( ) Tratamentos Anteriores / Cirurgias: Não

( ) Medicamentos em uso:

( ) ALERGIA:

PRÓTESES: ( ) Não ( ) Sim Possui CARTÃO DE VACINA: ( ) Não ( ) Sim

HÁBITOS: ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Outras Drogas, Qual?

EXAMES ANEXOS: Não

4. NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: ( ) Ambiente ( ) Cateter nasal ( ) Macronebulização ( ) Máscara de Venturi  
Padrão respiratório: ( ) Eupneico ( ) Bradpneico ( ) Taquipneico ( ) Ortopneico ( ) Dispneia ( ) Cheyne-Stokes  
Tosse: ( ) Seca ( ) Produtiva [Aspecto da secreção]: Não

HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia: Não

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar: Não

DIETA: ( ) Jejum ( ) Via oral ( ) Parenteral ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Ostomias ( ) Outros  
( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Hematêmese ( ) Sialorréia ( ) Pirose ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Dispepsia  
Estado NUTRICIONAL:

ELIMINAÇÕES: DIURESE: ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Disúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Poliúria  
( ) Polaciúria ( ) Enurese ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Proteinúria ( ) Glicosúria

ASPECTO da URINA: ( ) Clara ( ) Concentrada ( ) Colúria ( ) Hematúria

EVACUAÇÕES: ( ) Normais ( ) Fezes pastosas ( ) Diarreia ( ) Mela ( ) Constipação há 0 dia(s)  
( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Jejunostomia

SONO/REPOUSO: ( ) Satisfatório ( ) Insônia ( ) Agitação ( ) Usa medicação, QUAL?

ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios ( ) Não ( ) Sim, Qual?

( ) Astenia ( ) Mialgia

Atividade Motora: ( ) Deambula ( ) Deambula com auxílio ( ) Não Deambula ( ) Usa Cadeira de Rodas

HIGIENE: ( ) Satisfatória ( ) Regular ( ) Insatisfatória

Cite:

5. NECESIDADES PSICOPESPIRITUAIS e SOCIAIS

Prática alguma atividade RELIGIOSA/ ESPIRITUAL ( ) Não ( ) Sim, Qual?

ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: ( ) Calmo ( ) Agitado ( ) Alegre ( ) Triste ( ) Ansioso ( ) Agressivo ( ) Medo

COMUNICAÇÃO: ( ) Receptivo ao Diálogo ( ) Não Receptivo ao Diálogo

INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: ( ) Não ( ) Sim, Cite

Interação com a família ( ) Não ( ) Sim

LASER: ( ) Não ( ) Sim, Qual?



## 6. CABEÇA E PESCOÇO

<b>COURO CABELUDO:</b> ( ) Lesões ( ) Cisto sebáceo ( ) Hematomas ( ) Pontos dolorosos ( ) Alopecia ( ) Outros	
<b>FACE:</b> (x) Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Corada ( ) Palidez ( ) Ictérica ( ) Tipo de face	
<b>OLHOS:</b> ( ) Edema palpebral ( ) Ptose palpebral ( ) Logofalmo ( ) Exoftalmia ( ) Enofalmo ( ) Amaurose	
<b>ALTERAÇÃO VISUAL:</b> ( ) Sim (x) Não	<b>ALTERAÇÃO AUDITIVA:</b> ( ) Sim (x) Não
<b>MUCOSA DA CONJUNTIVA:</b> (x) Corada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Hiperemiada ( ) Hemorragia conjuntival	
<b>CÓRNEA:</b> ( ) Catarata ( ) Pterígio	<b>ESCLERÓTICA:</b> ( ) Branca ( ) Ictérica ( ) Hiperemiada
<b>BOCA:</b> ( ) Halitose ( ) Edema Lábil ( ) Lesões ( ) Língua Saburrosa ( ) Glossite ( ) Monilíase ( ) Outros	
<b>AMÍGDALAS:</b> ( ) Hiperemias ( ) Aumento Volume ( ) Placas	<b>TIREÓIDE:</b> ( ) Palpável ( ) Impalpável
<b>PESCOÇO:</b> (x) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Estase Jugular ( ) Rigidez de nuca ( ) Linfonodos palpáveis ( ) Traqueostomia	

## SISTEMA NEUROLÓGICO

<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> (x) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sonolento ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Sedado ( ) Memória prejudicada: ( ) Não ( ) Sim, cite:	
<b>FALA:</b> ( ) Fásico ( ) Afásico ( ) Disfásico ( ) Outros	
<b>Pupilas:</b> (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reativas ( ) Arreativas ( ) Mióticas ( ) Midríaticas	
<b>ESCALA DE GLASGOW:</b> 5	<b>Outros ACHADOS:</b>

## 8. SISTEMA RESPIRATÓRIO

<b>EXPANSIBILIDADE:</b> (x) Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Uso de musculatura acessória ( ) Tiragem ( ) Frêmito toracovocal
<b>PERCUSSÃO:</b> (x) Claro Pulmonar ( ) Maciço ( ) Timpânico ( ) Hipersonoro
<b>AUSCULTA PULMONAR:</b> ( ) Murmúrio Vesicular ( ) Broncovesicular ( ) Estertores ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Outros

## 9. SISTEMA CARDIOVASCULAR

<b>FREQ./RITMO CARDÍACO:</b> (x) Normocárdico ( ) Bradcárdico ( ) Taquicárdico ( ) Arritmias ( ) Marcapasso ( ) Palpitação
<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> (x) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso ( ) Edema MMI ( ) Anasarca
<b>PERFUSÃO PERIFÉRICA:</b> (x) Normal ( ) Diminuída
<b>PALPAÇÃO:</b> ( ) Ictus Cordis ( ) Levantamento Sistólico ( ) Pulsações Epigástricas ( ) Frêmito
<b>AUSCULTA:</b> ( ) 1ª Bulha ( ) 2ª Bulha ( ) Sopro

## 10. SISTEMA GASTROINTESTINAL

<b>PERCUSSÃO:</b> (x) Timpânico ( ) Maciço
<b>RUIDOS HIDROAÉREOS:</b> (x) Presente ( ) Ausentes ( ) Hipoativos ( ) Hiperativos
<b>ABDOMEN:</b> (x) Plano ( ) Glóboso ( ) Ascite ( ) Rígido ( ) Indolor à palpação ( ) Doloroso à palpação
<b>OUTROS ACHADOS:</b>

## 11. SISTEMA GENITOURINÁRIO

<b>SINAL de GIORDANO:</b> ( ) Positivo ( ) Negativo
<b>GENITALIA FEMININA:</b> ( ) Amenorreia ( ) Dismenorreia ( ) Dispareunia ( ) Metrorragia ( ) Menopausa ( ) Faz uso de Reposição Hormonal ( ) Corrimento [Aspecto]:
Relação sexual Protegida: ( ) Sim ( ) Não
<b>ALTERAÇÕES NAS MAMAS:</b> ( ) Sim: [especificar]:
<b>GENITALIA MASCULINA (alterações):</b>

## 12. SISTEMA TEGUMENTAR

<b>ASPECTO:</b> (x) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Cianótico ( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Prurido
<b>LESÕES/ LOCAL:</b> <u>vermelhidão</u>
<b>OUTROS ACHADOS:</b>

LEGENDA: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; AVE-H: Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico; AVE-I: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

DATA: 10/03/18 HORA: 00:15

(Assinatura e carimbo do enfermeiro)

## Descrição Cirúrgica

folha 1/2

Unidade: BLOCO CIRURGICO

Data cirurgia: 30/07/2018

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA

Prontuário: 0446042/4

Idade: 25 anos 7 meses

Sexo: Masculino

Leito: 0050E

Convênio: SUS

### 2. EQUIPE

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

CRM: 5338

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Cirurgião: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

CRM: 5338

Auxiliar: JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR

CRM: 6606

THULIO ADLEY LIMA CUNHA

CRM: 6243

Anestesista: DANILO MARCOS MIRANDA DA SILVA

CRM: 5068

Enfermagem: SANDRA VALERIA NUNES BARBOSA

COREN: 275407

### 3. DIAGNÓSTICO

ASA: I

Pré-Operatório S43.1 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

Pós-Operatório S43.1 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

### 4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

### 5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 30/07/2018 16:00

Fim: 30/07/2018 17:40

Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

REDUÇÃO CIRURGICA DE LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

LIMPA

Técnica Anestésica/Sedação: GERAL

Observação:

### 6. ACHADOS OPERATÓRIOS

LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

### 7. DESCRIÇÃO

PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA GERAL

ASSEPSIA E ANTISSEPSE

POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS

INCISÃO EM OMBRO DIREITO TIPO GOLPE DE SABRE

DIVULSÃO POR PLANOS

ABERTURA DA ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR EM T ATÉ EXPOSIÇÃO DO CORACÓIDE

CRUENTIZAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR

PERFURAÇÃO DE 2 TÚNEIS ÓSSEOS NA CLAVÍCULA DISTAL

MONTAGEM DE AMARRILHAS DE ETHIBOND SUBCORACÓIDE

REDUÇÃO DA ARTICULAÇÃO

FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE KIRSCHNER Nº 2 MM

FIXAÇÃO ADICIONAL COM AMARRILHAS DE ETHIBOND

CONFIRMAÇÃO DO POSICIONAMENTO DOS FIOS COM ARCO CIRÚRGICO

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO

30/07/2018 17:52

Dr. THULIO ADLEY LIMA CUNHA CRM 6243

Descrição Cirúrgica

Identificação

ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA

Leito: 0050E

0446042/4

MBGR\_DESCR\_CIRURGICA 30/07/2018 17:52:23 262603



## BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente: Alvaro Felipe Martins de Souza Pront.: 50 Enf: 50 Leitor: 50 DN: 50

Cirurgião: Dr. B. B. B. Pronto: 115 Enf: 115 Leitor: 115 DN: 115  
Diagnóstico pré-operatório: 115

Cirurgia realizada: Ressecção de tumor da parede posterior da cavidade nasal

Condições pré-operatórias: 27/10/2020

Exames Clínicos: 15.05.2017

Exames Clínicos:		Risco (Asa):	
Agentes Anestésicos	Oxigênio 1 2 3		Sequência
Líquido	Soluto 600 400 Sangue 300 200 Outros 100		
Capnógrafo	CO <sub>2</sub>		
Arterial	38		
Pulso	36		
Início Fim Anestesia	34		
Início Fim Cirurgia	32		
Oximetria	30		
Durese			
Vidente - Incidente:			Duração

Acidente - Incidente:	Duração
-----------------------	---------

Justificativas:

Técnica Anestésica: Glaxi subcutânea

<b>Oxigênio</b> <u>4mg/20</u> Início: _____ Término: _____		<b>Paciente Transfundido</b> GS _____ RH _____ Vol: _____		<b>Monitorização</b> <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PAM <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> PANI <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> PVC	
<b>Doses Utilizadas</b>					
Adrenalina _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Ondasentrona _____ Amp			
Atropina _____ Amp	Etilefrina _____ Amp	Omeprazol _____ Fr			
Atracúrio _____ Amp	Fenilefrina _____ Amp	Pancurônio _____ Amp			
Água dest. 10 _____ Fr	Fentanil _____ Amp	Propofol _____ Amp			
Bic. de sódio _____ Fr	Furosemda _____ Amp	Ranitidina _____ Amp			
Bupivacaína 0.5% _____ Amp	Glicose 50% _____ Amp	Sevoflurano _____ Fr			
Cefazolina _____ Fr	Hidrocortizona _____ Fr	Suxametônio _____ Amp			
Cetamina _____ Amp	Isoflurano _____ Fr	Sufentanil _____ Fr			
Cetoprofeno _____ Fr	Lidocaína 2% _____ Amp	Soro Glicosado _____ Amp			
Clonidina _____ Amp	Midazolam _____ Amp	Soro fisiológico _____ Amp			
Dexametazona _____ Amp	Morfina _____ Amp	S. Ringer lactato _____ Fr			
Diazepam _____ Amp	Naloxona _____ Amp	Tramadol _____ Amp			
Dipirona _____ Amp	Neostigmina _____ Amp				

Enter: 10/27/17

CRM 5873 Anestesta/carimbo



Alison felipe, -  
414

HU PI

55.20 mGy\*cm<sup>2</sup>  
620.56 µGy

63 kV  
1.88 mA

13.47 mGy/min

10921 84798

3/3  
30.07.2018  
21:21:18

18.10 mGy\*cm<sup>2</sup>  
170.92 µGy  
63 kV 1.88 mA

32  
42



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA N: DO PRONTUÁRIO: 446042/4

DATA: 01/08/18 HORÁRIO: 12:00H POSTO 04 ENF/LEITO: 50E

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ALTA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO: CONSCIENTE ( X ) ORIENTADO ( X ) DESORIENTADO ( ) TORPOROSO ( )  
RESPOSTA MOTORA: SEM DÉFICIT MOTOR ( ) COM DÉFICIT MOTOR ( X )  
RESPOSTA VERBAL FÁSICA ( X ) DISÁRTRICO ( ) AFÁSICO ( )

2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA

CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

3. DISPOSITIVO EM USO

	SIM	NÃO
CURATIVO	X	
CATETER DE DUPLO LUMEN		X
SONDA VESICAL DE DEMORA		X
SONDA VESICAL DE ALÍVIO ( CATETERISMO INTERMITENTE )		X
DRENO		X
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO		X
SONDA ENTERAL / NASOGÁSTRICA		X
COLOSTOMIA		X
OUTRO ESPECIFIQUE		X

4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA RETORNO AMBULATORIAL. USO CORRETO DE MEDICAÇÕES, HIGIENE E CUIDADO COM FO, RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA

5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: GRAU I ( ) GRAU II ( X ) GRAU III ( ) GRAU IV ( X )

6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: RETORNO AMBULATORIAL

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS- ALTA:

GRAU III

GRAU I

\* DEAMBULA SEM AUXÍLIO:  
\* TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO  
\* SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO  
\* ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO

GRAU II

\* NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO:  
\* SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO  
\* QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO:  
\* ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO:  
\* PRESENÇA DE SVD, SNG, CURATIVOS E OUTROS:  
\* CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DE ROTINA:

GRAU III

\* NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO  
\* CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXOS:  
\* ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO:  
\* OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE:

GRAU IV

\* ACAMADO NO LEITO  
\* HIGIENE NO LEITO:  
\* ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL:  
\* REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA:  
\* COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:  
\* INCONSCIENTES OU COM DEVIÓ NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO

## Sumário de Alta

folha 1 / 1

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Alison Felipe Ribeiro de Sousa  
Idade: 25 anos 8 meses Sexo: Masculino  
Data internação: 27/07/2018 Data Alta: 01/08/2018  
Convênio: Sus  
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura  
Prontuário: 446042/4  
Leito: 0050E  
Permanência: 5 dias  
Divisão de Gestão do Cuidado

### DIAGNÓSTICOS

Motivo da internação  
Lesão da articulação acromioclavicular (S43.1)  
Diagnóstico principal na Alta  
Luxação da articulação acromioclavicular (S43.1)

### EVOLUÇÃO

EVOLUI EM 2º DIA DE POS OPERATÓRIA DE TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO EM ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA, PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS. ENCONTRA-SE EM BOM ESTADO GERAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AMBIENTE, ESTAVEL CLINICAMENTE. REFERE DOR LEVE/MODERADA EM OMBRO DIREITO APENAS DURANTE MOBILIZAÇÃO, SEM OUTRAS QUEIXAS.

AO EXAME:  
FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS LOCAIS, NEUROVASCULAR DISTAL SEM ALTERAÇÕES, EM USO DE TIPOIA

OBS: MÁQUINA DE RADIOGRAFIA DO HOSPITAL ENCONTRA-SE EM MANUTENÇÃO, REALIZADA ESCOPA DECONTROLE POS OPERATÓRIA, IMAGEM EM ANEXO NO PRONTUÁRIO

CD:  
ALTA HOSPITALAR + RETORNO AMBULATORIAL EM 15 A 20 DIAS + RETIRAR PONTOS 15 DIAS APÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO + ORIENTAÇÕES GERAIS E QUANTOS AOS CUIDADOS COM FERIDA OPERATÓRIA + MANTER TIPOIA + RECEITA + ATESTADO

### 2. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta  
Alta médica  
Recomendações da Alta  
Encaminhamento ao ambulatório do hospital

Estado do Paciente na Alta  
Melhorado (12)

01/08/2018, 11:08 h.

Dr. LUCAS ARAUJO SILVA CRM 7144

Sumário de Alta

01/08/2018 11:10:50 962456-42571-3

Identificação

Alison Felipe Ribeiro de Sousa

Leito: 0050E

446042/4



O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).