



**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**

<b>Unidade Policial Responsável</b>	<b>Data/Hora</b>
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	15/07/2018 - 20:30
<b>Tipo Local</b>	
VIA PÚBLICA	460704
<b>Município</b>	<b>Bairro</b>
TERESINA	SANTA BARBARA
<b>Endereço</b>	
AV. SANTA TERESINHA C/ RUA PROJETADA, Nº:	
<b>Complemento</b>	<b>Ponto de Referência</b>

**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, RENAVAL 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

NELLE

31 80 49 61 31

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384421/18

Vítima: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA

CPF: 057.541.203-89

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: ALISON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA

CPF de: Próprio

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

*negado, vítima em tratamento*

*9571-5216 / 8105-6122*

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

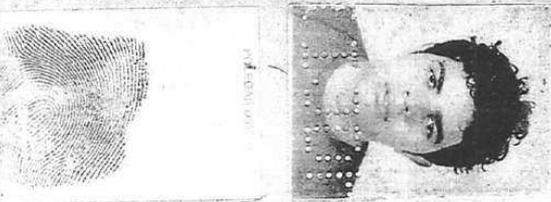
Data do cadastramento: 22/10/2018  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

*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

NATALIDADE 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

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.195965574  
 Av. Odilon Araújo, 1035, Píçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
 Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 13074369-0 FATURA Nº 925883  
 MÊS/ANO 8/2018

TC 1.36 08180898071536  
 NOME / ENDERÇO  
 MORADOR JOSE RIBEIRO DE SOUSA  
 RUA JOSE TORQUATO VIANA, 1905 -PICARREIRA -TERESINA-PI-cep: 64056670

LOCALIZAÇÃO 004-00008-006640 GRUPO 004 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y10N308630

HISTÓRICO DE CONSUMO	UIDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
07/2018 Lido	20	20	1 Residencial - Normal
08/2018 Lido	15	18	
09/2018 Lido	19	19	
10/2018 Lido	15	16	
03/2018 Lido	38	21	
02/2018 Medida	80	17	

CONSUMO MÊS ANS 19  
 DATA 10/07/2018 LEITURA 1677  
 ATUAL 08/08/2018 1696  
 PRE.PASEP 154,16+1,55% = 2,54  
 CORINS 154,16+7,60% = 11,71

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO RS/M3 E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 70,97	70,97
18 10 2,6510 50	> Residencial-Normal	19,0 m3
16 25 4,9400 50	JUROS DE FINANC. PARCELAMEN	003/006
25 5599999 8,5300 50	JUROS DE PARCELAMENTO	003/006
	JUROS POR ATRASO	07/2018
	JUROS POR ATRASO	07/2018
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO RS/M3 E (%)	MULTA DO PARCELAMENTO	003/006
	MULTA POR ATRASO	07/2018
	MULTA POR ATRASO	07/2018
	PARCELAMENTO	003/006
	VENCIMENTO	21/08/2018
	TOTAL A PAGAR	154,16

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

**NOTIFICAÇÃO**  
 Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.718	2.700	18	1,32	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.808	2.327	481	10,01	Inferior a 15,00
PH	2.793	2.782	11	6,82	6,00-9,50
TURBIDIZ	2.803	2.559	244	2,56	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	473	472	1	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	473	473	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 08/08/2018 HORA DA EMISSÃO: 07:15

TC 1.36 08180898071536  
**Agua de Teresina**  
 MATRÍCULA 13074369-0 FATURA Nº 925883  
 MÊS/ANO 8/2018  
 VENCIMENTO 21/08/2018 VALOR A PAGAR 154,16

8266000001-0 54161535000-9 00201800092-3 58830100504-1



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

## 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 Terresina, 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 22108118

3º OFÍCIO

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 )

Cartório  
Themistocles  
Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA  
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI  
Fone: (0xx86) 3221-7886 • E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOÃO PEDRO DE SOUSA LINHARES,  
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 22/08/2018.  
Encl.: 53,74 TUDO, 74 SELADO, 25 TOTAL: 4,71 SELADO: ABH. 97780 (F79UP177)

Themistocles Sampaio  
JURITE DE CASTRO CARMELO - Escrevente Autorizada

Tabellã  Escrevente autorizado



CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Judite de Castro Cardozo  
Escrevente Compromissada  
Teresina - PI

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



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 interdita 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 Rebelo 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 Rebelo 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	metalurgico
Endereço	Número	Complemento
Rua Jose Torquato Viana	3905	caso
Barrio	Cidade	Estado
Picarena	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.  D/V  CONTA NRO.  D/V   
(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)



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
<u>Rua 24 De Jambeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(86) 3303-4104</u>	<u>(86) 99534-6545</u>

Teresina, 15 de Outubro de 2018

Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante





**NEOCLÍNICA**

Qualidade para sua saúde

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  
Obstetria - 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



NOME DO PACIENTE: Adriana Lúcia Delgado de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 480334

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 Lina Araújo  
Pronto Atendimento HUT  
Confere com o original

01 Chamado: 2074  
 02 Data do chamado: 15/07/2018  
 03 PRO (código): 2899  
 04 Saída do PA: 20:531  
 05 Chegada ao local: 21:071  
 06 Saída do local: 21:35  
 07 Chegada ao 1º hospital: 21:501  
 08 Saída do 1º hospital: \_\_\_\_\_  
 09 Chegada ao 2º Hospital: \_\_\_\_\_

Endereço: AV. SANTA TERESINHA  
 Bairro: BUCHTEIN  
 12 Município-UF: TERESINA - PI  
 Código IBGE: \_\_\_\_\_  
 Nome de referência: LIAIA - CASA DA CANE  
 15 Sexo:  Masculino  
 Feminino  
 Ignorado

Idade: 25  
 3 Se idade ignorada, preencha com 999  
 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?  
 14 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  
 17 - Já removido  
 18 - Falso chamado

19 Vítima:  20 Meio de locomoção:  
 1 - Pedestre  
 2 - Automóvel  
 3 - Passageiro  
 9 - Ignorado  
 1 - A pé  
 2 - Automóvel  
 3 - Motocicleta  
 4 - Bicicleta  
 5 - Ônibus/Micro-ônibus  
 6 - Outro  
 9 - Ignorado  
 21 Outra parte envolvida:  
 1 - Automóvel  
 2 - Motocicleta  
 3 - Ônibus/Micro-ônibus  
 4 - Bicicleta  
 5 - Objeto fixo  
 6 - Animal  
 7 - Outra  
 9 - Ignorado  
 22 Equipamentos de segurança:  
 Capacete  
 Airbag  
 Cinto de segurança  
 Assento para criança

23 Glasgow = 14  
 ABERTURA OCULAR:  
 4 - Espontânea  
 3 - A voz  
 2 - A dor  
 1 - Nenhuma  
 RESPOSTA VERBAL:  
 5 - Orientada  
 4 - Confusa  
 3 - Palavras inapropriadas  
 2 - Palavras incompreensíveis  
 1 - Nenhuma  
 RESPOSTA MOTORA:  
 6 - Obedece a comandos  
 5 - Localiza dor  
 4 - Movimento de retirada  
 3 - Flexão anormal  
 2 - Extensão anormal  
 1 - Nenhum  
 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  Central   
 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente

28 Sangramento:  1 - Sim  
 2 - Não

29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10:  
 0 Sem Dor 5 Leve 7 Moderada 10 Intensa  
 30 Fratura:  1 - Sim  
 Exposta  Fechada  2 - Não  3 - Suspeito

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):  
 Aspiração  Prancha longa/curta  
 Oxigênio  Colar cervical  
 Curativos  Kred  
 Imobilização de extremidades  
 Reanimação cardiopulmonar  
 Assistência obstétrica  
 Glicemia  
 Acesso Venoso  
 Medicamentos a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_  
 Não Removido

32 Hospital de Destino: HUT  
 33 Condições de entrada:  1 - Melhorado  
 2 - Piorando  
 3 - Inalterado  
 34 Óbito:  Antes do socorro  Antes do transporte  Durante o transporte

Atendimento realizado em local de trânsito colisão de moto/carro. Acompanhado de mãe. Não parte documentar. Não há lesões. Médico do PA: 2897, orientou encaminhamento para CED 96 SCOUT.

Responsável pela recepção: \_\_\_\_\_  
 Socorristas Médico: AETE VITÓRIA ALVES  
 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Condutor: H  
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT  
 (CONTEUDO NÃO VERIFICADO)  
 22 OUT 2018  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho Neto, Sossenda, 168 Loja G  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Mod: 007

MÉDICO/C

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~~ OK  
 OK  
 OK  
 SUS SUS

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

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

DADOS DO PACIENTE:

*MHEO SOCIAL AS 10:00*

(User: FLAVIA MENDES)  
 (Estação: RECEPCAO01)

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Paciente trazido pelo SAMU com história de colisão de moto em via pública. Paciente desacompanhado inicialmente, refere ingestão de bebida alcoólica, ausência de álcool e medicamentos. (A) Via aérea permeável e ausência de dor, (B) MVF, ARF, SFC = 97% (C) RR em 21, BIVF, ausência de ruídos pulmonares, dor torácica em ambos os lados, pirofórato e aguilas, pulso = 127. (D) ECG = 14, pulso normal, (E) Ausculta de abdome normal, ruído de mat. em ausculta abdominal além de ruído de mat. em ausculta abdominal.

PA: <u>110</u> mmHg	Pulso: <u>127</u> bpm	Temp.: <u>36,5</u>
Sinais vitais: <u>110/60/115</u>		CID: <u>110</u>

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solufo TC de tórax, US abdome e Rx tórax e ombro  
 Solufo avaliação oftalmológica e neurológica

- ACADUATA NO DIA 06/08

15 07 18

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Admissibilidade <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Pós-Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
DATA SAÍDA: <u>1/1</u>		HORA: <u>15:00</u>	
DESTINO: Aldemir Lima Araújo Pronto Atendimento HUT Conte com o original Patol.		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado:	
CID Compatível:		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  
 Clínico Geral



Fundação Municipal de Saúde

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/07/2018



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE. ou APT.	LEITO
Nome do Paciente: Felipe Ribeiro de Sousa		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	OBSERVAÇÕES		
<p>Autismo - em am. 2</p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DATA: 06/07/18 HORA: 07:00</p> <p>1) 100mg de Siga ou egono 1008</p> <p>2) 100mg de Siga ou egono 1008</p> <p>3) 100mg de Siga ou egono 1008</p> <p>4) 100mg de Siga ou egono 1008</p> <p>5) 100mg de Siga ou egono 1008</p> <p>6) 100mg de Siga ou egono 1008</p>				
<p>PT com dor na base do pescoço.</p> <p>TC volume na base do pescoço.</p> <p>PLAC HON</p> <p>TC de abdome / ad. 1008</p> <p>SI 1008</p>				

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Sadeação - Fone: 35 3218 3443  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.822.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ALISSON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 482934)  
 Endereço: RUA JOSÉ TOGUATO VINA 1905 - PISCARRERA - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
 Nascimento: 15/11/1992 Idade: 25aAnos Sexo: Masculino Origem: URGENCIAEMERG Atendimento: 6745  
 Regulação: 665563 Solicitação: 15/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1058631 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0205020046

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 ecogenidade 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. Ecogenidade 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  
 Confira 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:   
 Código IBGE:   
 10 Endereço: AV. SANTA TERESINHA  
 11 Bairro: VILA AUCAS TEM  
 12 Município-UF: TERESINA - PI

13 Ponto de referência: LIAIA - CASA DA CANE  
 14 Nome: ALISSON ECLIPSE RIBEIRO DE SOUSA  
 15 Sexo:  Masculino  
 Feminino  
 Ignorado

16 Idade: 25  
 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?  
 Sim  Não  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  
 17 - Já removido  
 18 - Falso chamado

19 Vitima:  Pedestre  
 Condutor  
 Passageiro  
 Ignorado  
 20 Meio de locomoção:  
 1 - A pé  
 2 - Automóvel  
 3 - Motocicleta  
 4 - Bicicleta  
 5 - Ônibus/Micro-ônibus  
 6 - Outro  
 9 - Ignorado  
 21 Outra parte envolvida:  
 1 - Automóvel  
 2 - Motocicleta  
 3 - Ônibus/Micro-ônibus  
 4 - Bicicleta  
 5 - Objeto fixo  
 6 - Animal  
 7 - Outra  
 9 - Ignorado  
 22 Equipamentos de segurança:  
 Capacete  Airbag  
 Cinto de segurança  
 Assento para criança

23 Glasgow = 14  
 ABERTURA OCULAR:  
 4 - Espontânea  
 3 - À voz  
 2 - À dor  
 1 - Nenhuma  
 RESPOSTA VERBAL:  
 5 - Orientada  
 4 - Confusa  
 3 - Palavras inapropriadas  
 2 - Palavras incompreensíveis  
 1 - Nenhuma  
 RESPOSTA MOTORA:  
 3 - Obedece a comandos  
 3 - Localiza dor  
 4 - Movimento de retirada  
 3 - Flexão anormal  
 2 - Extensão anormal  
 1 - Nenhum  
 24 Sinais Vitais:  
 Pulso: 120  
 Resp: 20  
 PA: 110/50  
 TAX:   
 SatO2: 96%  
 25 Local da lesão:

26 Pupilas:  Iguais  Desiguais  
 27 Pulso: Radial  Central   
 Cheio  Fino  Ausente  
 28 Sangramento:  Sim  Não  
 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10:  
 0 Sem Dor | 5 Leve | 3 Moderada | 7 Intensa | 10  
 30 Fratura:  Sim  Exposta  Fechada  Não  Suspeito

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):  
 Aspiração  Prancha longa/curta  
 Oxigênio  Colar cervical  
 Curativos  Kred  
 Imobilização de extremidades  Acesso Venoso  
 Reanimação cardiopulmonar  Medicamentos a)   
 Assistência obstétrica b)   
 Não Removido c)   
 32 Hospital de Destino: HUT  
 33 Condições de entrada:  Melhorado  Piorando  Inalterado  
 34 Óbito:  Antes do socorro  Antes do transporte  Durante o transporte

Observações Interdisciplinar:  
 Vítima em atendimento em ambulância, acidente de trânsito, colisão de  
 MOTO/CARRO. Refere dor no ombro direito, em conexão com o pescoço e  
 AMIT. Acompanhamento de mãe.  
 Não porta documentação  
 para avaliação  
 médica do P10: 2897, orientou acesso venoso  
 periferico SF O2 96% SpO2

Responsável pela recepção:   
 Socorristas: Médico: AETE VITÓRIA 11389217  
 Enfermeiro:   
 Condutor: HEKARF

Assinaturas e rubricas dos profissionais envolvidos.

Mod: 007

MEDICO/C

## 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

#### Motivos 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 Araujo  
Médico  
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).

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

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

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

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> ALISSON FELIPE RIBEIRO DE SOUSA		<b>Prontuário:</b> 482334
<b>Mãe:</b> ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA	<b>Fai:</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:**

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

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

**Data/Hora Solicitação:** 1/1 : / **ESPECIALISTA:** NUT

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**  
 10 - 1º aux NUT  
 Sem contat - NUT

*[Assinatura]*  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER:**

**Data/Hora:** 16/07/18 09:00

*[Assinatura]*  
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

**Data/Hora Solicitação:** 1/1 : / **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

*[Assinatura]*  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER:**

**Data/Hora:** 1/1 : /

**Ortopedia: Politecnico**  
 Continua a tratar  
 PR NUT (A) - atendimento  
 apontando de fratura, clareza com  
*[Assinatura]*  
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

*[Assinatura]*  
 Dr. Caio Luiz de Oliveira Neto  
 Ortopedista

**Aldemir Araújo**  
 Pronto Atendimento HUT  
 Contate com o original

Alison Felipe Ribeiro de Sousa

116042/4

NOME

Nº do prontuário

50

15

Enfermaria

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA:

2 dias

01/08/2018



Hospital  
Universitário

EBSERH

Ministério da  
Educação

BRASIL  
PAIS RICO E PAIS SEM DOBREZA

Juanma



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

OPR



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
11 - NOME DA MÃE ROBERTA RIBEIRO DE SOUSA		12 - TELEFONE DE CONTATO (86) 994171425 / (86)	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL ALISON		14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) R. TORQUATO VIANA, 1905, PIÇARREIRA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PIÇARREIRA		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 motociclístico 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 Tratamento cirúrgico de luxação / fratura-luxação acromio-clavicular		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408010185
29 - CLASSE Urgência	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	31 - DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 99434393353		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ERUNO WILSON DA SILVA MOURA		34 - DATA DA 27/07/2018

### 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)	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*Alison Felipe Ribeiro de Sousa*

# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULACAO

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

### DADOS CLÍNICOS

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR (D). BOM ESTADO GERAL.			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b> RX OMBRO (D): LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR.			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b>			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR			
<b>COMORBIDADE:</b>			
<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b>	<b>FREQ. CARDÍACA:</b>	<b>SATURAÇÃO:</b>	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b>
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b>	<b>USO DE O2:</b>	
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b> IMOBILIZAÇÃO.			
<b>DATA:</b>	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	[ ]	
Código da profissão	Cor	Fone ou Recado
[ ]	Parda	86-994171425
Proceduro	Posto de Referência :	
[ ]	[ ]	
Complemento	Bairro	
[ ]	PIÇARREIRA	
UF	CEP	
PI	64056-670	
Identificador	[ ]	
Nome Cadastradora	[ ]	
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.		
Teresina <i>Roberto Ribeiro de Sousa</i>		
( ) Paciente	( ) Pai	( ) Mãe
( ) Representante Legal	[ ]	
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  
Número: 1905 Complemento: Telefone: 86 994171425  
Bairro: PICARREIRA Cartão SUS: 201498811980000  
Nome: TERESINA UF: PI Cep: 64.056-670  
Data Nasc.: 15/11/1992 Idade: 25 Sexo: M Cor: M Est. Civil: S  
Profissão:  
Naturalidade: TERESINA UF Nascimento: PI  
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

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

Dados de 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  
Diagnóstico: 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: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
Gratidade 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 ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA : ANDRE LUIZ PINHO SOBRAL  
CRM: 3573 62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: LUIZ BETANIA MARIA DA CONCEICAO ANDRADE SA  
Número: 2009527

Observação

SOLICITAR DOCUMENTOS PARA RECADASTRO \*\*\*\*\*

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: <u>ADRIANA LUIZ DE MOURA DE SOUSA</u>	CLÍNICA / ENF. / LEITO: <u>50 B</u>
DATA DA ADMISSÃO: <u>07/04/2018</u>	SEXO: <u>M</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>15/02/92</u> IDADE: <u>25</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteiro</u>
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO:	RESIDÊNCIA: <u>Piçarra</u>
PROCEDÊNCIA: <u>Trocena - PI</u>	COR (REFERIDA):
ESCOLARIDADE: <u>3ª série completo</u>	DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>luxação acromioclavicular (D)</u>

2. MOTIVO DA INTERNATAÇÃO / PRINCIPAIS QUEIXAS

luxação da articulação acromioclavicular (D)

2.1 SINAIS VITAIS: P.A. 120 x 70 R 72 T 36,7 P 68 Glic 93 Sat 98 PESO: 65  
ALTURA 1,70 IMC 22,5

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: do ombro (D)

4. NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: ( ) Ar ambiente ( ) Cateter nasal ( ) Macronebulização ( ) Máscara de Venturi  
Padrão respiratório: ( ) Eupneico ( ) Bradpneico ( ) Taquipneico ( ) Ortopneico ( ) Dispneia ( ) Cheyne-Stokes  
Tosse: ( ) Seca ( ) Produtiva [Aspecto da secreção]: 1

HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia: 2000ml

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar: normal

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 ( ) Melena ( ) Constipação há 0 dia(s)  
( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Jejunostomia

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

ATIVIDADE FÍSICA: Praticar 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

Praticar 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 ( ) Enoftalmia ( ) 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>AMIGDALAS:</b> ( ) Hiperemias ( ) Aumento Volume ( ) Placas	<b>TIREÓIDE:</b> ( ) Palpável ( ) Impalpável
<b>PESCOÇO:</b> (x) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Estase Jugular ( ) Rigidez de nuca ( ) Linfonodos palpáveis ( ) Traqueostomia	
<b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>	
<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 ( ) Midriáticas	
<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 ( ) Globoso ( ) Ascite ( ) Rígido ( ) Indolor à palpação ( ) Doloroso à palpação
<b>OUTROS ACHADOS:</b>

**11. SISTEMA GENITOURINÁRIO**

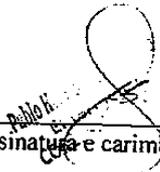
<b>SINAL de GIORDANO:</b> ( ) Positivo ( ) Negativo
<b>GENITALIA FEMININA:</b> ( ) Amenorreia ( ) Dismenorreia ( ) Dispareunia ( ) Metrorragia ( ) Menopausa ( ) Faz uso de Reposição Hormonal ( ) Corrimento [Aspecto]:
Relação sexual Protegida: ( ) Sim ( ) Não
<b>ALTERAÇÕES NAS MAMAS:</b> ( ) Sim: [especificar]: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

**12. SISTEMA TEGUMENTAR**

<b>ASPECTO:</b> (x) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Cianótico ( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Prurido
<b>LESÕES/ LOCAL:</b> <u>Wenburn</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: 10/07/18 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
Cirurgião:	BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	CRM: 5338	TRAUMATOLOGIA
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 ANTISSEPÇÃO  
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



Paciente: Alvaro Felipe Ribeiro de Sousa BOLETIM DE ANESTESIA  
Pront.: \_\_\_\_\_ Enf: 50 Leito: 5 DN: 11  
Cirurgião: Dr. Bruno Diagnóstico pré-operatório: \_\_\_\_\_  
Cirurgia realizada: Ressecção de tumor no seio da glândula

Condições pré-operatórias: estável  
Exames Clínicos: 10/30/12

Agentes Anestésicos		Oxigênio	Risco (Asa): <u>II</u>										Sequência
Líquido	Soluto 600	1	[Handwritten wave pattern]										[Handwritten notes]
	400	2											
	Sangue	3											
Capnógrafo	Outros 100	C <sub>P</sub>	260	[Handwritten values]									[Handwritten notes]
		38	240										
Arterial	Pulso	36	220	[Handwritten values]									[Handwritten notes]
			200										
Início Fim Anestesia	x	34	180	[Handwritten values]									[Handwritten notes]
			160										
Início Fim Cirurgia	●	32	150	[Handwritten values]									[Handwritten notes]
			140										
Oximetria	○	30	120	[Handwritten values]									[Handwritten notes]
			100										
Diurese			80	[Handwritten values]									[Handwritten notes]
			60										
			40	[Handwritten values]									[Handwritten notes]
			20										
			10	[Handwritten values]									[Handwritten notes]

Acidente - Incidente: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Justificativas: \_\_\_\_\_  
Técnica Anestésica: geral intubada

Início: <u>3:30</u>	Oxigênio <u>Constante</u>	Paciente Transfundido	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	Monitorização	
Término: _____	GS _____	Vol: _____	<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
	RH _____			<input type="checkbox"/> PANI	<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	Furosemida _____ 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				

Data: 10/30/12  
Ribeiro  
Anestesiologista/carimbo  
CRM 5370  
R2

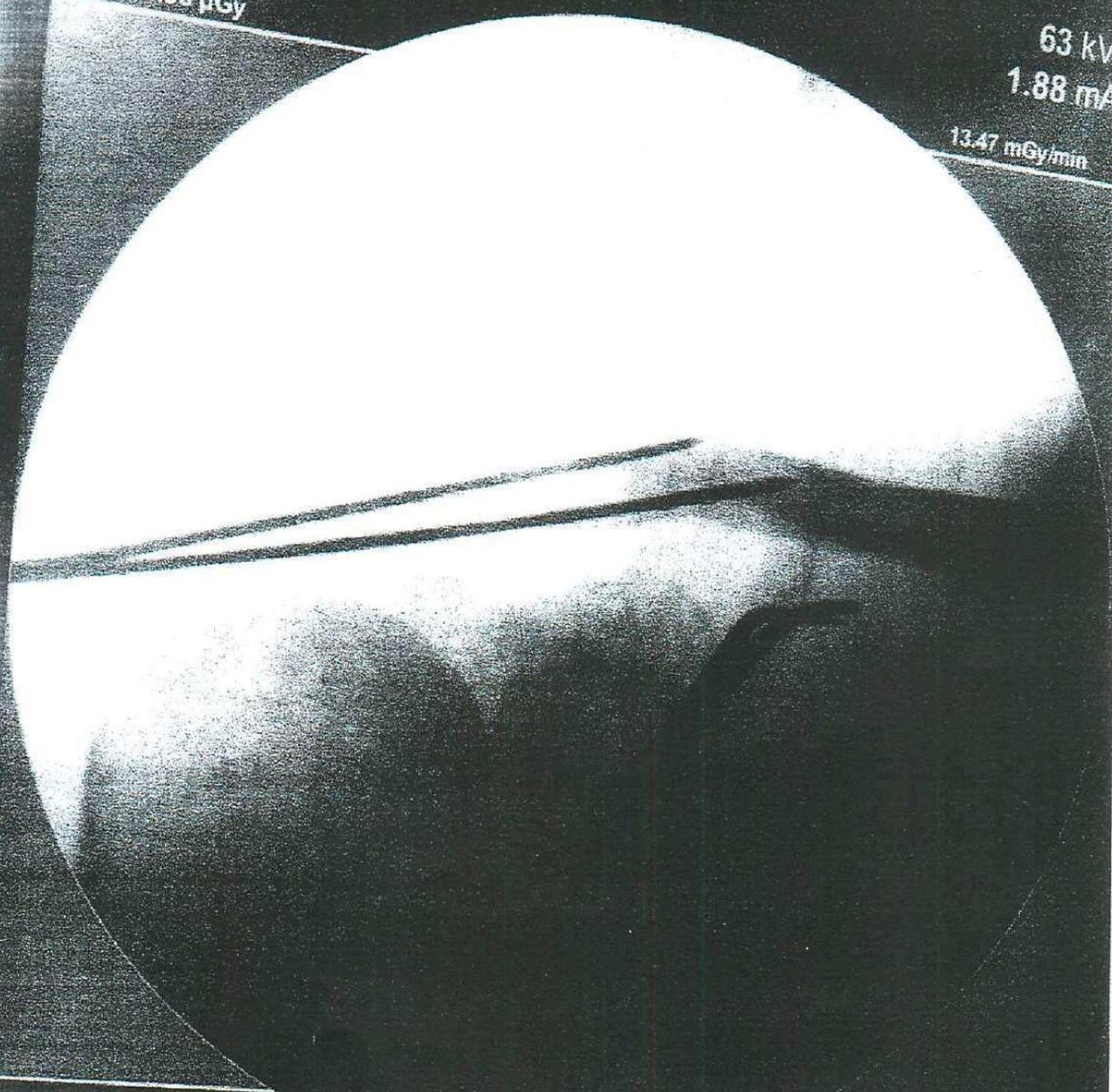
Alison felipe, -  
414

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

48.10 mGy\*cm<sup>2</sup>  
574.92 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 )

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      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

### DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico da internação  
Luxação 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

### PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta  
Alta médica

### Recomendações da Alta

acompanhamento ao ambulatório do hospital

### ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

MELHORADO (12)

Dr. LUCAS ARAUJO  
MÉDICO  
CRM-PT 7144

01/08/2018, 11:08 h.

Dr. LUCAS ARAUJO SILVA CRM 7144



Sumário de Alta

Identificação

Alison Felipe Ribeiro de Sousa

Leito: 0050E

446042/4

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).