

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00243-7

CONTA: 000010028550-3

Nr. da Autenticação 23F1D5437D2E01B4

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427611 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS JADHAYSON DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
TEIXEIRA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO, CURSANDO COM ÁREAS DE CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM REGIÃO FRONTAL E FRATURAS DOS OSSOS DA FACE, ALÉM DE TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E DA FÍBULA PROXIMAL.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIANO. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO, OSTEOSÍNTESE COM UTILIZAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO DIREITO, COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO.
PACIENTE APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, REFERE DOR AOS MOVIMENTOS, COM REDUÇÃO INTENSA NA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO.
SEM SEQUELA CRANIOFACIAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: VICTOR EMMANUEL DE SOUSA FERREIRA

CRM do médico: 4669

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180427611**
Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **LC BELA FONTE nº 0 - ZONA RURAL - UNIAO/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 0427964220112 - SSP**
Data e local do acidente: **05/05/2018 UNIAO/PI**
Data e local do exame: **01/10/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIANO, CURSANDO COM ÁREAS DE CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM REGIÃO FRONTAL E FRATURAS DOS OSSOS DA FACE, ALÉM DE TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E DA FÍBULA PROXIMAL.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIANO, TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO, OSTEOSSÍNTESE COM UTILIZAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO DIREITO, COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PACIENTE APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, REFERE DOR AOS MOVIMENTOS, COM REDUÇÃO INTENSA NA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO. SEM SEQUELA CRANIOFACIAL

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **JOELHO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: VICTOR EMMANUEL DE SOUSA FERREIRA CRM:4669/PI


Victor Emanuel de S. Ferreira
MÉDICO
CRM-PI: 4669

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone: (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmtu.pi@gmail.com

Transferido
as 8:30:10

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Osmarina DATA: 05/05/2018 HORA: 18:27

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Lucas Jadhayson da Silva Teixeira DN: 040594 ID: 23 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Raimunda dos Santos

CNS: 708104545347038 RG: _____ CONTA TO: _____

ENDEREÇO: Assentamento Bela Fonte CEP: 64120600

BAIRRO: zona rural CIDADE: União UF: _____

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☐ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

TIPO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

S. VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT.O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

DIAGNÓSTICO: Fratura tíbio-peroneo D+ craniaceo na face,
volante com hemorragia

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO

Paciente apresentando

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 06/05/18

Antônia R. Viana da Silva

ANTÔNIA R. VIANA DA SILVA

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

DIAGNÓSTICO

Politraumático com acidente
traumático.

PROFESSORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01. Analg. 100mg
02. Tranq. 10mg + 40. EV
03. Analg. 10mg + 40. EV
Atenção - 11:00

01. Analg. 100mg - 2mg **SPVAT**

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNACÃO ☒ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

08. HORA/SAÍDA

MÉDICO/CRM: _____

ENFERMEIRO(A)/COREN:

Roma Valesca Sousa
COREN-PI 529

PACIENTE:

0100
0100

Dr. José Carlos de Araújo
MÉDICO

ENFERMEIRO(A)
COREN

C. ...



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o **Sr. Lucas Jadhayson da Silva Teixeira** deu entrada neste hospital no dia 05 de maio de 2018, às 18h27min, vítima de acidente de motocicleta. O mesmo chegou ao hospital na ambulância do SAMU.

União - PI, 06 de agosto de 2018.

PI CORRETORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

DEVAT

Antônia Raimunda Viana Silva

Antônia Raimunda Viana Silva

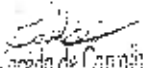
Servidora do HMU



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA (RG:042796422011-2) foi admitido neste serviço no dia 05/05/2018 às 21:26h e encontra-se internado sem previsão de alta no momento.

Teresina, 07 maio de 2018


Assistente Social
CRESB 22ª Região nº 640
Assistente Social





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE:

Lucas Johansson dos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

425 726

Silvin

Fernando
COORDENADOR
DE SEGUROS

14 SET 2013

DEVAT

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

NEUROCIRURGIA - DR
ORTOPEDIA
CIR. GERAL

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 05/05/2018 21:34:51

(Usuário: MARCO ROCHA)
(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA	Prontuário:	475726
Mãe:	MARIA RAIMUNDA DA SILVA BASTOS	Pai:	LAURINDO TEIXEIRA NETO
End. Resid.:	ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento:	24/05/1994	Idade:	23a.11m.11d
		Sexo:	Masculino
		Fone:	86-99563-5644
Responsável:	MARIA SUELANE	CNS:	708104515347038
Profissão:	NAO INFORMADO	Documento:	RG: 0427964220112 - SPP PI
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Casado(a)
End. Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	663612	Data:	05/05/2018 21:26:39	Condutção:	AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Class. Risco:		
VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, MOTOCICLISTICO, COM TCE, EMBAROMATOSAS, ESCORIAÇÃO NA FACE, SANGUE EM VÔMITOS, DESORIENTAÇÃO E FRATURA EM PERNA DIREITA. EVENTO OCORRIDO POR VOLTA DE 17h. ECG:3+3+5-11.	MARCO ANTONIO VERAS ROCHA COREN 274043 Em: 05/05/2018 21:34:50		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de acidente motociclistico há \pm 4 horas apresentando RNC (paciente medicado com sedativo), edema periorbital bilateral e vômitos com sangue. (A) não aerias parvas, sem cefaléia, sem mancha rígida (B) MM+ em RHTs, apresentando sinais de transmissão em limitares D. (C) Sem comprometimento distal AC: sem alterações. Abdomen: flácido, RHA+, sem abaulamentos. Ingestão: (D) Paciente sob efeito de sedativo - pupilas irradiais, mióticas (RHS: -3) ECG: 21245.

PA	X	mmHg	Pulso:	RAIO X REALIZADO	IUT DR. ZENON ROCHA
				DATA 05/05/18	Temp. 36,2
Diagnóstico Inicial:			Técnico: LUCIANO	EXAME: CC+CM+FACE	CID:
				DATA: 05/05/18 22:18h	

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

(1) Solicito Rx de torax, pulso, MID
(2) Solicito TC de face, coluna cervical, crânio
(3) Solicito US de abdome

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	1 / 1	HORA:		Procedimento	563 -
				CID	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico

**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

Imp: 05/05/2018 21:35:00

(MARCO ROCHA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA		Prontuário: 475726
Mãe: MARIA RAIMUNDA DA SILVA BASTOS	Pai: LAURINDO TEIXEIRA NETO	
End.Resid.: ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 24/05/1994	Idade: 23a:11m:11d	Sexo: Masculino Fone: 86-99563-5644
Responsável: MARIA SUELANE	CNS: 706104515347038	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: RG: 0427964220112 - SPP PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 663612	Data: 05/05/2018 21:26:39	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Newlygo - 22:20h Queda de moto em TCE (12) E16: 8; 10000	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Parecer: Tudo bem. Paciente com lesões lineares e contusões de no nível cervical C0 - C1. Bula de exame de raios X nos níveis C0 - C1.
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente de trânsito 14 SET 2018 Dr. Marcos Vinício O dos Santos Neurocirurgião CRM 39550	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Parecer: Paciente com lesões C0 - C1. Bula de exame de raios X nos níveis C0 - C1.
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 90941

AIH: 2218100296302

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU7

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

NASCIMENTO

SEXO

PRONTUÁRIO

708104515347038

LUCAS JADAISSON DA SILVA TEIXEIRA

24/05/1994

M

475726

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

MARIA RAIMUNDA DOS SANTOS

MARIA SUELANE

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

ZIN

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

ZONA RURAL

UNIAO

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO/TCF

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S06X - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

05/05/2018

MARCUS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

CPF: 86128060382

CRM:

DATA ADMISSÃO

05-05/2018 21:26

DATA ALTA

12/05/2018 10:10

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

MARCUS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

CPF: 86128060382

CRM:

DATA ANÁLISE: 06/05/2018 09:40:40

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 93672
	AH: 2218100272036

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA	NASCIMENTO 24/05/1994	SEXO M	PRONTUÁRIO 4758726
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 86995613644	NOME DA MÃE MARIA RAIMUNDA BASTOS	RESPONSÁVEL MARIA SUELANE	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 30
BAIRRO BAIXO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO UNIAO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA TÍBIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAMES CLÍNICOS + RAIOS X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO CPF: 84177562335 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 11/05/2018
DATA ADMISSÃO 11/05/2018 10:00	DATA ALTA 12/05/2018 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSÉ DE RIBALVAR SANTOS FILHO CPF: 37320643200 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: 84177562335 CRM:
DATA ANÁLISE: 15/05/2018 08:36:11	DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/05/18

NOME DO PACIENTE: <u>Lucas Tadeu de Jesus</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>475726</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Fluoroscopia</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Flávio</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Bárbara</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 21	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 9,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 9,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	04		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	70	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	04	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Elitica de</u>	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Esevar</u> — 03 unid. <u>Crepenn</u> — 02 unid.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2,0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	2		CIRCULANTE: <u>Elitica</u>			
PROLENE							



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Lucas Jadhayson da Silva Teósen*
Diagnóstico pré-operatório *Fratura de 1^a fíbula direita*
Operação - Tipo *Osteossíntese de fíbula*
Cirurgião *Flávio* 1º Assistente *Dr. Glauson Nascimento*
2º Assistente 3º Assistente *Ortopedia / Traumatologia*
Instrumentador(a) *Ediane* Anestesista *Hirton Mendes dos Santos* Anestesia *Rafael*
Anestésico(s) *Hirton Mendes dos Santos*
Data da Operação *11/05/18* Início *10:00* Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Não

Acidente Durante a Operação

Não

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

- 1) Paciente no 4^o membro superior
- 2) Incisão em pele direita
- 3) Fíbula
- 4) RAF II fratura de fíbula
- 5) Sutura + Curativo

Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P 2775 / TEOT 10604

[illegible]

NOME DO PACIENTE		DATA		P. ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA	
EXAMES DE		GR. SANGÜINEO		HEMATIMETRIA		HEMOGLOBINIMIA		HEMATOCRITOS		GLICEMIA		DOS. URÉIA		EXAMES DE URINA	
FUNÇÃO		RESPIRATÓRIA		SISTEMA		CIRCULATÓRIO		SISTEMA		RESPIRATÓRIO		SISTEMA		DIGESTIVO	
ESTADO		MENTAL		DIAGNÓSTICO		PRÉ-OPERATÓRIO		PRÉ-MEDICAÇÃO		(AGENTES DOSES)		APLICADAS		EFETOS	
SISTEMA		RESPIRATÓRIO		ASMA		BRONQUITE		SISTEMA		URINÁRIO		CORTICÓIDES		ATÁRAXICOS	
FÍSICOS		OUTROS		TOTAL DE DOSES		OXIGÊNIO		SO-UTO		SANGUE		OUTROS		TEMPERATURA	
AGENTES		ANESTÉSICOS		33		36		36		36		36		36	
LÍQUIDOS		SANGUE		OUTROS		SANGUE		OUTROS		SANGUE		OUTROS		SANGUE	
TEMPERATURA		1		P		V		O		PULSO		INÍCIO E FIM		ANESTESIA	
INÍCIO E FIM		ANESTESIA		X		INÍCIO E FIM		OPERAÇÃO		RESPIRAÇÃO		O		RESPIRAÇÃO	
SÍMBOLOS		TÉCNICAS		OPERAÇÕES		CIRURGIÕES		ANESTESISTAS		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO		IMEDIATAS		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO	





PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RECUPERAÇÃO DE SAÚDE
COM EXAME
COMPLETO - 05/05/18



NOME DO PACIENTE	Lucas Sampaio de Melo Faria	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	06/05/18 TCE					
ALERGIAS	TCE					
PRESCRIÇÃO MÉDICA				OBSERVAÇÕES		
1. Dieta branda Zero				05/05/18 à 22:50 - JANTAR - OPERAÇÃO		
2. SF 0,9% 2000ml EV dia				enferm. JORGE WASHINGTON A. G. MACÊDO		
KCl 10% - 10ml/soro				ENFERMEIRO COREN-PI: 401.282		
3. Ranitidina 1amp + AD EV 8/8h				06/05/18 AS 11:00 - SOCIEDADE AMALPÃO		
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)				DR. CARLOS ALBERTO B. MACÊDO		
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)				ENFERMEIRO COREN-PI: 401.282		
6. Fenitoína 2ml + 18ml AD EV 8/8h				10:25 - Ref. Laranjeiro.		
7. Haldol 1amp IM (SOS)				Explicado seu aporte de		
8. Tramadol 100mg + 100ml SFO, 9% EV 8/8h (SOS)				Dr. Francisco Fernandes		
9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM				de caminhada e orientar		
10. SSVV 6/6h				prevenção		
11. Gabap. 700mg 5x dia				06/05/18 06:15h		
MÉDICO/CRM:				Paciente com história de		
Dr. Marcos Vinícius O. dos Santos				Fisio (D) de tratamento cirúrgico.		
Neurocirurgião				Favor avaliar a extor.		
CRM: 3049				sendo melhor com o clínico		
				Paciente em ordem.		

VITE

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA** (Prontuário: 475726)
Endereço: **ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000**
Nascimento: 24/05/1994 Idade: 23a11m12d Sexo: Masculino Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: 663612
Requisição: 835591 Solicitação: 05/05/2018 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: 1033224 Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 05/05/2018

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.

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 05/05/2018

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.169.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável

NEURONA GERA - As 10:12h

Pariental esquerda em região central, superior, pouco orientado para superior. Refere refúgio peristaltico e dor leve à palpação em quadil central inferior direito, sem diplopia ou dor abdominal. Refere estavel.

CD: 1) Sem conduta de urgência de Cirurgia Geral

Dr. Leonardo
MEDICINA
GEM - P. 10:04



**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA** (Prontuário: 475726)
 Endereço: **ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000**
 Nascimento: 24/05/1994 Idade: 23a11m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663612
 Requisição: 835594 Solicitação: 05/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1033229 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010079

Data Exame: 05/05/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL BIFRONTAL E PARIETO-TEMPORAL À DIREITA.
- DISCRETAS CONTUSÕES CORTICAIS HEMORRÁGICAS BIFRONTAIS.
- FOCO HEMORRÁGICO FRONTAL DIREITO, SUGERINDO L.A.D.
- TÊNUE MATERIAL HEMORRÁGICO NA FOICE CEREBRAL.
- GRANULOMA CALCIFICADO RESIDUAL TEMPORAL À ESQUERDA.
- FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL MEDIANA, ENVOLVENDO SEIOS FRONTAIS E ÓRBITAS.
- FRATURA NO CORPO DO ESFENOÍDE.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/05/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 562.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5645

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA** (Prontuário: 475726)
Endereço: **ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000**
Nascimento: 24/05/1994 Idade: 23a11m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663612
Requisição: 835595 Solicitação: 05/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1033230 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 05/05/2018

T.C. DE FACE

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

- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DAS PARTES MOLES FACIAIS, SOBRETUDO NA FRONTE, COM ENFISEMA ASSOCIADO.
- HEMOSSINUS DIFUSO.
- FRATURA AFUNDAMENTO, COMINUTIVA FRONTAL MEDIANA, ENVOLVENDO PAREDES DOS SEIOS FRONTAIS, COM EXTENSÃO ETMOIDAL E AOS TETOS E PAREDE MEDIAL DA ÓRBITA DIREITA.
- FRATURA NO CORPO DO ESFENÓIDE.
- FRATURA NO PALATO DURO À DIREITA.
- FRATURAS NOS TETOS, PAREDES ANTERIORES E LATERAIS DOS MAXILARES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/05/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTRO DO MAIORADO
SECRETARIA DE FISCALIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
ALVARÁ DE FISCALIA DE FISCALIAÇÃO

MAIORADO 48810




Lucas Jadhayson da Silva Teixeira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 042796422011-2 DATA DE EMISSÃO 29/11/2013

Nome LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA

ALVARÁ

LAURINDO TEIXEIRA NETO E MARIA RAIMUNDA DA SILVA RASTOS

AP. FISCALIAÇÃO

COELHO NETO - MA

DATA DE NASCIMENTO 24/05/1994

NASC. N.0034516 FLS.221 LIV.00077

608824213-28

ASSINATURA DO TITULAR

VIA-02

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

DPVAT

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 1.327.176 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/13

NOME ANTONIO DA SILVA BARROS

SILABICAÇÃO MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS

NAT. DO TITULAR JOÃO MENEZES BARROS DATA DE NASCIMENTO 27/07/1973

DOC. ORIGEM UNIÃO-PI

CERT. NASC. 1402 L 42 F 252

CPF EXP UNIÃO-PI 08/09/05

TERESINA - PI

496 923 053

LEI Nº 7.116 DE 29/08/88 - DECRETO Nº 39.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"





Antonio da Silva Barros

0256826 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBIDA
DE SEGUROS

14 SET 2013

SPMAT



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 com 16 ou 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

608.824.213-28

Nome completo da vítima

Lucas JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA		CPF titular da conta	608.824.213-28	Profissão	Receita
Endereço	R. BELA-FONTE		Número	5140	Complemento	
Bairro	B-RURAL		Cidade	UNIST	CEP	64-120.000
E-mail			Estado	PI	Telefone (DDD)	

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. 0243 D/V 7 CONTA NRO. 28.550 D/V 4
(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.

Unist 08/11 de Setembro de 2018
Local e Data

Lucas Jadhayson da Silva Teixeira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/08/2018 - Autoatendimento - 08:30:08
024372366 1473

EXTRATO DE POUpanCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUpanCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 0243-7
CONTA: 28.550-1
VARIACAO: 51
CLIENTE: LUCAS J SILVA TEIXEIRA

DATA DT.BS HISTORICO VALOR

Julho/2018

3107 Saldo ant. [REDACTED]

Agosto/2018

0208 02 DEP.DINHEIRO [REDACTED]

0608 06 DEP.DINHEIRO [REDACTED]

DISPONIVEL [REDACTED]

VLR. BLOQUEADO [REDACTED]

SALDO TOTAL [REDACTED]

SALDO POR DATA BASE

02 [REDACTED]
06 [REDACTED]
21 [REDACTED]

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/ menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

DEVAT



Prefeitura Municipal de União - PI
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
Travessa Filintro Rêgo Nº 99 Centro.
União - PI - CEP: 64120.000 - Fone: (86) 3265-2187



SAMU

192 515118

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:		
Contato do Solicitante:		
SAÍDA DO PA:	CHEGADA AO LOCAL:	SAÍDA DO LOCAL:
CHEGADA AO HOSPITAL:	SAÍDA DO HOSPITAL:	CHEGADA AO PA:

NOME DO PACIENTE: Denise J. da Silva Texeira

SEXO: ☒ MAS ☐ FEM IDADE: 29.5.73

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Unidade de Saúde Família

TIPO DE OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Moto
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Acidente de Carro
<input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Mal Súbito
<input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica	<input type="checkbox"/> Já Removido	<input type="checkbox"/> Falso Chamado
<input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca <input type="checkbox"/> Fogo	<input type="checkbox"/> transferência hospitalar	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Urgent. Clínica:	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	FALA
<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input checked="" type="checkbox"/> Iguais	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Responde ao Comando	<input type="checkbox"/> Desiguais	<input type="checkbox"/> Confusa
<input type="checkbox"/> Responde a Dor	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Sem resposta		

PULSO RADIAL:	<input type="checkbox"/> FORTE	<input type="checkbox"/> FRACO	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> AUSENTE
---------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
HORA:		
SATURACÃO	<u>95</u>	
P.A.	<u>140/90</u>	
PULSO	<u>73</u>	
RESPIRAÇÃO	<u>20</u>	
GLICEMIA	<u>200</u>	
TEMPERATURA	<u>36.5</u>	

OBSERVAÇÕES:

Paciente v. bem de saúde
de moto, com prurito na
pele de rosto exposto.
no momento da ocorrência

Esta cópia conferida
com a original
Em 10/09/18

Kerily da Silva Pereira
Enfermeiro COREN-PI 479.440
Coordenador do SAMU União-PI
CPF: 019.505.793-79

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Ass. Obstétrica
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Prancha	<input type="checkbox"/> Hemostasia
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardio-Resp	<input type="checkbox"/> Colar Cervical	<input type="checkbox"/> Curativo
<input type="checkbox"/> Ventilação Artificial	<input type="checkbox"/> KED	
<input type="checkbox"/> Monitorização	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso - Solução	
<input type="checkbox"/> Outros		

ENTRADA NO HOSPITAL

<input type="checkbox"/> Melhorando	<input type="checkbox"/> Severa Gravidade	<input type="checkbox"/> Indeterminado
<input checked="" type="checkbox"/> Piorando	<input checked="" type="checkbox"/> Média Gravidade	<input type="checkbox"/> Óbito antes do Socorro
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Pequena Gravidade	<input type="checkbox"/> Óbito no transporte
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Ileso	

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO:

SOCORRISTA:

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

OPVAT