

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000037608-6

Nr. da Autenticação CF73BF33E8210F16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190071901 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES **Data do acidente:** 09/08/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190071901 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES **Data do acidente:** 09/08/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

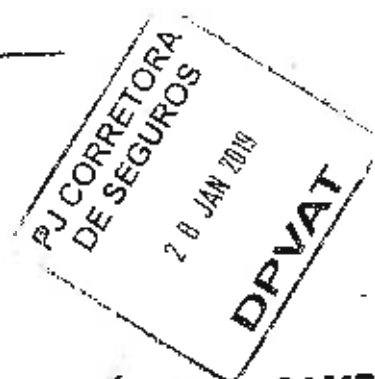
DANOS

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco de Sousa Moraes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 484787



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: 36 3218 5465

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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 09/08/2018 08:34:39

(User: LORENA)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES		Prontuário: 484787	
Mãe: MARIA VALINA DE SOUSA		Pai: JOSE RIBAMAR MORAES	
End. Resid.: RUA HIDROLANDIA N 1516 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64006-010			
Nascimento: 22/12/1982	Idade: 35a7m18d	Sexo: MASCULINO	Fone: 86-9931-8993
Responsável: MARCIA		CNS:	
Profissão: PEDREIRO		Documento: CPF: 011.581.673 93	
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 678492	Data: 09/08/2018 08:30:11	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V259

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: CURVAS	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VEIO ATRAVÉS DO SAMU COM RELATOS DE ACIDENTE MOTO COLISÃO COM CARRO, QUEIXANDO-SE DE DOR MIE. NEGA ALCÉGIA MEDICAMENTOSA			Profissional Clas. Risco: LORENA MACHADO MACEDO 221123 Em: 09/08/2018 08:34:33

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de acidente motociclístico (colisão em curva fechada) no semáforo, usava capacete no momento do acidente. Negou queda de consciência ou trauma. Ruptura de um osso exposto. (A) Voz rouca, e irritabilidade verbal (B) my. pulso bilateralmente, sem ruídos cardíacos (C) Pul. 88, sem ruído, Pulso simétrico. Adema sem aumento. (D) Glasgow 15, pupila esquerda (L) 2 mm, reage a luz (R) 2 mm, reage a luz (E) Exame em geral E (sem irritabilidade de membros).

PA: ____ X ____ mmHg	Pulso: 82 bpm	FC: ____
Diagnóstico Inicial:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

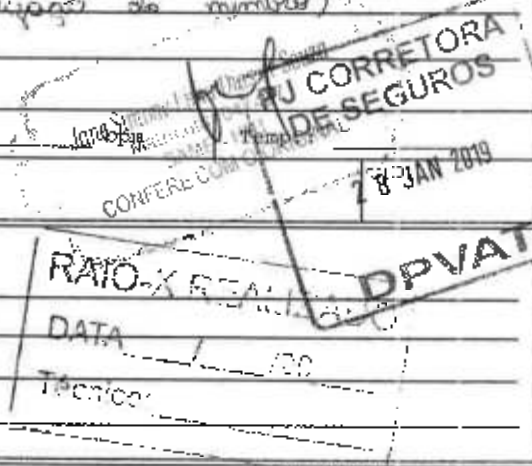
Sol. R. de Curvas, torax, pelve e parte exposta
Sf 9.97 - 1000ml, EV, agere

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		Procedimento _____ CID _____

Marcia Eugênia Ferreira
Assinatura Paciente ou Responsável

Tiago Almeida Macêdo
Assinatura Médico
CRM-PI: 6683



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Ione: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.911/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 09/08/2018 08:34:48

(LORENA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES		Prontuário: 484787
Mãe: MARIA VALINA DE SOUSA	Pai: JOSE RIBAMAR MORAES	
End.Resid.: RUA HIDROLANDIA N 1516 - PEDRA MOLTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/12/1982	Idade: 35a7m18d	Sexo: Masculino Fone: 86-99131-0899
Responsável: MARCIA		CNS:
Profissão: PEDREIRO		Documento: CPF: 011.581.675-93
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 678492	Data: 09/08/2018 08:30:11	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: 0 3

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__ ESPECIALISTA: _____

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: _____

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__ ESPECIALISTA: _____

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: _____

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



No. da Autorização de Internação Hospitalar (A9)

GESTOR SAÚDE

119558

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3- Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

220350

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES

6 - Prontuário: 484787

7-CNS: 702105772025295

8-Nascimento: 22/12/1982

9-Sexo: Masculino

CPF: 011.581.673-93

11-Mãe: MARIA VALINA DE SOUSA

12-Fone: 86-99431-8999

13-Resp: MARCIA

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: RUA HIDROLANDIA N 1516 - PEDRA MOLE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com dor e limitação em perna esquerda acidente motociclistico. Ao exame: dor e limitação em perna esquerda. Sem sinais de deficit neurológico.

21 - Condições que justificam a internação:
tto cirurgico22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame fisico e rx

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.:

0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

29-Clinica:

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

02

01

CPF

669.742.673-04

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

AYRANA SOARES AIRES

34-Data Solicitação:

09/08/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Tipico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CROR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Dr. Ayron Soares Aires
Ortopedista e Traumatologista
Clínica de Coluna e Artroscopia
CRM - PI 3745 - RUA - MA 8546
35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Marcia Cristina Ferreira

Usuário: (AYRANA)

Consulta Local: 678492

Consulta SUS:

Impressão: 09/08/2018 09:28:48

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 119558
AIH: 2218101577934

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE JERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
387836

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE JERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
387836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO
302 03772025295 ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES 22.12.82 M 8-757

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE RESPONSÁVEL
86994119099 MARIA VALINA DE SOUSA MARCIA

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO NÚMERO / LOTE
Bairro COMPLEMENTO MUNICÍPIO UF
VILA MEIO NORTE TERESINA PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO EM PERNA ESQUERDA (ACIDENTE MOTOCICLISTA) AO EXAME DE FLEXIBILIDADE EM PERNA ESQUERDA SEM SINAIS DE DEFICIT NEUROLÓGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO

TIPO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO E RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S82.2 FRATURA DA DIAPHISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

400805002 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAPHISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09-08-2018

GRASIA SOARES ALVES

CPF: 06074267302

CRM

DATA ADMISSÃO

09-08-2018 08:30

DATA ALTA

11-08-2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DAVAT

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGRADORA Nº DO BILHETE SERIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DO ACIDENTE

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

PLINIO DOS SANTOS VASCONCELOS

CPF: 133507411

CRM

DATA ANALISE 09/08/2018 09:42:12

NOME DO PROFISSIONAL / PARÂMETRO CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

João Simão
Médico
SAÚDE
CONFERE COM ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10 / 08 / 2013

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 484787
DIAGNÓSTICO: Int. de	CIRURGIA: Int. de
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Vitor J. J. Felix	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Amanda Gomes Vale	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Jovimila	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			curpon	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	UN	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: Ronaldo			
VICRYL 0	UN	01		CIRCULANTE: Jeyay			
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

Diagnóstico pré-operatório

fratura tuba F

Operação - Tipo

Intera tuba

Cirurgião

Dr. Yem

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

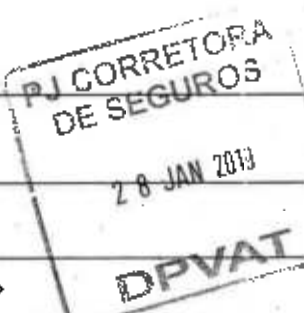
Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

- 1) Exame + sutura
- 2) Aluno interno q. Tuba
- 3) Redução + fixação tuba
- 4) Juntar a tuba no abdome
- 5) fechamento for Tuba
- 6) curativo

Dr. Yuri Augusto Felix
Ortopedia/Traumatologia
CRM 12306



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2 - CNES 5828856	Código da Internação:
3 - Nome do estabelecimento executorante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4 - CNES 5828856	220350

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES	6 - Prontuário: 484787		
7 - CNS: 702105772025295	8 - Nascimento: 22/12/1982	9 - Sexo: Masculino	CPF: 011.561.673-93
11 - Mãe: MARIA VALINA DE SOUSA	12 - Fone: 86-99431-8999		
13 - Resp: MARCIA	14 - Fone: 86-99431-8999		
15 - Endere: RUA HIDROLANDIA N 1516 - PEDRA MOLE - CEP: 64000-010	17 - Cod. IBSA: 221100	18 - UF: PI	19 - CEP: 64010-010
16 - Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31 - Cod. Proced. Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
32 - Cod. Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- citada: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		

38 - Profissional Responsável: AYRANA SOARES AIRES	40 - Tp. Documento: CPF	
39 - Data Solicitação: 10/08/2018	40 - No. Doc. Méd. Solic.: 669.742.673-04	
41 - Ass. Carimbo: Méd. Sol. (CRM):		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicitado por: Ayrana Soares Aires
Ass. Carimbo: Méd. Sol. (CRM):

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização: / /	48 - CNS/CPF:
51 - Justificativa da 'NÃO' autorização:	49 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho):	

50 - Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51 - Data Autorização: / /	52 - CNS/CPF:
		53 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(KARLA BATISTA)



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Antônio Francisco do Santos Moura

Sala:

Alergia: *Amep*

Data: 10/08/18

Procedimento: Furoscopia de dióxido de titânio

Cirurgião: Dr. Yuri

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <i>Gfendina</i>	<i>20g</i>												
2 <i>Morbiflora</i>	<i>2mg</i>												
3 <i>Dexametazona</i>	<i>10mg</i>												
4 <i>Desmopressina</i>	<i>10mg</i>												
5 <i>Digoxina</i>	<i>2g</i>												
6 <i>Ceftriaxona</i>	<i>100mg</i>												
7 <i>Morphina</i>	<i>15mg</i>												
8 <i>hipoc.</i>													
9 <i>Morfina</i>	<i>100.ug</i>												
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	<i>2L/min</i>												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☐ Periférico _____
- Cat. Venoso nº _____ G
- ☐ Dificuldade de acs. venoso
- Gastos _____ cateteres
- ☐ Central _____

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº _____
- ☐ LMA nº _____

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PAM
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: *DD*

SPO2 (%)	<i>97</i>	<i>99</i>	<i>96</i>	<i>93</i>	<i>96</i>	<i>96</i>	<i>X</i>
ETCO2 (mmHg)							
Acs. Venoso							
Acs. Venoso							
<i>20g (MSD)</i>							
Diurese							
Perdas Sanguíneas							

Descrição da Anestesia:

- 1) Chave 2nt*
- 2) 1.5ml furosemida*
- 3) 10ml furosemida*
- 4) 10ml furosemida + 10ml MSO*
- 5) Raqui 10ml*
- 6) 20g 20g / furosemida*

Julia Serrano
Médica, 14.467
CRIMEP - HUF
CONFERE COM O ORIGINAL

Amanda Gomes Vale Avelino
ANESTESIOLOGISTA
CRM 4.981
Anestesiologista

Nome: Amália

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Antonio Francisco de Sousa		Ortopédica	231/228		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
10/08/18					14:50 - Paciente nesta clínica para avaliação da SPPA no DOI de fratura de fêmur E. clausula, curado, pós- cirúrgico. Nega alergia medicamentosa e cardiovascular. <i>Tamara Ferreira</i> com 10/08/2018
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA				
3	CEFALOTINA 1G + 10ML AD EV 12/12 H				
4	RANITIDINA 50 MG-A AMP + AD, EV, 8/8 H				
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H				Paciente apresenta pico hipertermia. Segue em repouso no leito, sem queixas no momento. PA: 165/98 mmHg; P: 91 bpm; T: 35,9°C
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN				
8	PLASIL - 1 AMP + AD, EV, SOS				
9	CUIDADOS GERAIS				
					Rosane Ferreira da Luz Téc. em Enfermagem COREN-PI 427.187
					06h Ainda apresentando pico hipertensivo; PA: 205/119mmHg; medicação conforme prescrição.
	PA = 168/92				
	captação 28 - 14p				
					Rosane Ferreira da Luz Téc. em Enfermagem COREN-PI 427.187

23/10/2018

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME

Antônio Francisco de S. Mendes

IDADE

anos

DATA

10/08/2018

HÓRARIO DE ADMISSÃO

9 hs 05 min

TIPO DE ANESTESIA()

GERAL()

RAQUE()

BLOQUEIO()

PERIDURAL ()

SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA

Fratura Tibia

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

100/62

170/137

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

67

75

SATURAÇÃO DE O2 (%)

92

96

TEMPERATURA AXILAR (O° C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/ MATRÍCULA

Andréia

Andréia

ÍNDICE DE ALDRETT-KEOUK

ADMISSÃO

SAÍDA

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2

2

2

2

RESPIRAÇÃO

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2

2

2

2

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2

2

2

2

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2

2

2

2

SATURAÇÃO O2

É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente

2

2

2

2

2

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL

09

ASS.

Me Aguardo Continuar

COPIA - ENF

Andréia

COPIA - ENF

() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

() Colostomia

Sonda () Nasog() Nasoe

03:05 Admitido na SRPA em POI de ttr cirurgia para fratura em tibia E. Submetido a cirurgia. Consciente, cefaleia, náusea com respiração aa. Fo com curativo limpo.

13:25h: Recebeu alta oncológica, exteal.

RAIO-X REALIZADO

DATA 10/08/2018

Técnico: [assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

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



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PROMITÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Antonio Francisco de Sousa Moraes		Ortopédica			
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES	
09/08/18	Pré e pós operatório PRÉ - TUBA E			12h SSVV, PA = 18 x 11 mmHg, P = 100 bpm. <i>Fluor</i> 22h = PA = 185 x 112 mmHg, P = 100 bpm. <i>Fluor</i>	
1	Dieta oral livre			<i>Admissão</i> <i>09:45</i> <i>(Fluor)</i> <i>09:45</i> <i>2000</i> <i>02</i> <i>OR</i>	
2	SFQ, 9% 500ML EV 24H			<i>10/9</i>	
3	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6 h			<i>07:30 - 66 13. 6UPR-110</i> <i>rotacionado - Relato P11</i> <i>e Alunos - Relato P11</i> <i>em 110 - 67 Carilho 100</i> <i>em 110 - 66 Relato P11</i>	
4	Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h				
5	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS				
6	Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS				
7	CCGG				
8					
9	benartano 10 - 10/11/12				
11					
	Dr. Ayman Sousa Aires Ortopedia e Traumatologia CRM - PI 3745 / 2014				
	CONFIRMAÇÃO 10/08/18				

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5441

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES** (Prontuário: 484787)
 Endereço: RUA HIDROLANDIA N 1516 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/12/1982 Idade: 35a10m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 678492
 Requisição: 862907 Solicitação: 09/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1067718 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/08/2018

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas no 1/3 médio da tibia e fíbula.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fraturas no 1/3 médio da tibia e fíbula.
- Partes moles sem particularidades.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 15/11/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome
ALEXANDRE DE JESUS RAMAHO SOUSA JUNIOR

Doc. Identific. / Org. Emissora
2728845 SSP PE

CPF
037.930.763-42

Data Nascimento
26/06/1990

Foto

Pracção
ALEXANDRE DE JESUS
RAMAHO SOUSA
MARILENE MARIA DE
OLIVEIRA M RAMAHO

Formação
ACD

Validade
19/02/2021

Validade
02/06/2011

Nº Registro
05219005056

Observações
NENHUMA

Assinatura do Portador

Local
TERESINA, PI

Data de Emissão
17/08/2017

Assinatura do Emissor

Assinatura do Emissor
54138666359
PT319301184

PIAUÍ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1538719885

PROVEDO PLASTIFICAR
1538719885

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **011.581.673-93** Nome completo da vítima: **Antonio Francisco De Sousa Moraes**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

Nome completo: **Antonio Francisco De Sousa Moraes** CPF: **011.581.673-93**

Profissão: **Recebeu** Endereço: **Rua Hidrolândia** Número: **1516** Complemento: _____

Bairro: **Tobojeros** Cidade: **Tererina** Estado: **PI** CEP: **64067-290**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(86) 99970-3592**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ REQUISI INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0029** CONTA: **37608** **6**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Tererina-PI, 24/01/2019**

Nome: **Antonio Francisco De Sousa Moraes**

CPF: **011.581.673-93**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Francisco De Sousa Moraes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Alexandre Simão

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

AVERBAÇÃO B.O. 0316/2019-88

AVERBA-SE ESTE B.O PARA INFORMAR QUE O NOME DA VITIMA ENVOLVIDO NO ACIDENTE É ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.



Teresina, 01 DE FEVEREIRO DE 2019

Antônio Francisco de Sousa Moraes

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES

Averbante

ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS
Agente de Polícia Civil
Almirante R. Lebre Carlos
Escritório Especial
Mat. 009161-6

04 FEV 2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000316/2019-88

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

Data/Hora: 23/01/2019 - 17:03

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº:

Complemento

Data/Hora

09/08/2018 - 06:20

Bairro

PLANALTO ININGA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MARAES

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 2457523

Mãe: MARIA VALINA DE SOUSA

Endereço: RUA HIDROLANDIA, Nº 1516

Bairro: PEDRA MOLE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9490-1650

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110, ANO 2017, PLACA PIS-3365, PROPRIETÁRIO TIAGO BORGES LEAL, CPF 043.005.753-01, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO NÃO PERCEBEU QUE HAVIA UM VEICULO PARADO NA AVENIDA, DEVIDA NÃO ESTÁ BEM SINALIZADA E COLIDIU NA TRASEIRA DO VEICULO, ONDE A VITIMA FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 484787. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos
Escritor Especial
Mat. 009761-6

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MARAES - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Dados do Chamado	01 N° do chamado 1440	02 Data do chamado 09/08/2018	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 07:15	05 Chegaria ao local 07:45
	06 Saída do local 08:00	07 Chegada ao 1º hospital 08:25	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Kennedy				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome Antonio Francisco Sousa Moraes				15 Sexo 1 - Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Feminino 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade 35 <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado 22.08.1982				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 2
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acident Transpore	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/>	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/>	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/>	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 8 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado		
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontâneas 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2		25 Local da lesão
	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente			
Assistência	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		29 Dor <input checked="" type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
	34 Óbito <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	Paciente vítima de acidente de trânsito com provável fratura em M.I.E.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico Sousa AE/TE		Enfermeiro Reginaldo Condutor	