

# 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      **Data do acidente:** 09/08/2018      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS  
MORAES

## 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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:**

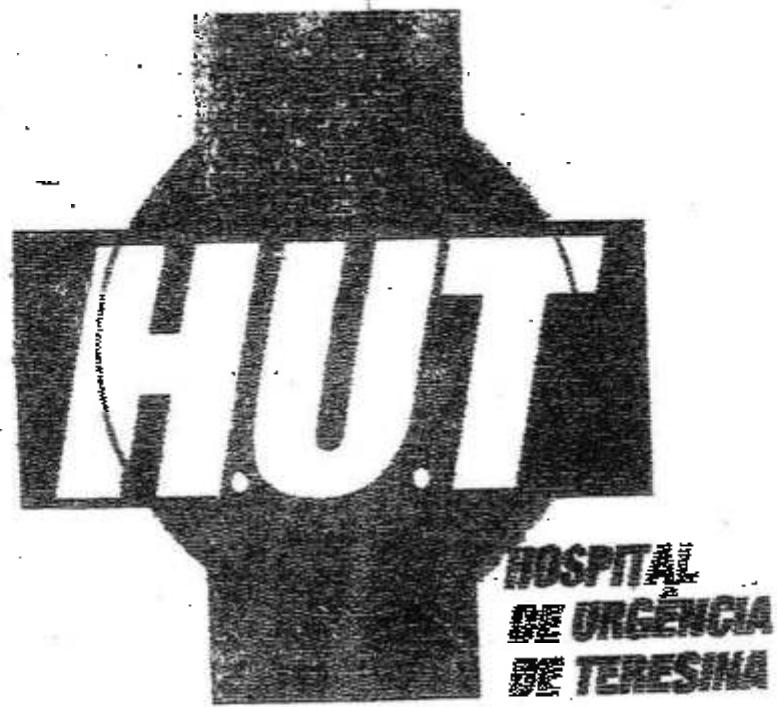
**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



NOME DO PACIENTE: Antônio Francisco de Souza Moraes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 484787

AP CORRETORA  
DE SEGUROS  
20 JAN 2010  
DPVAT

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 3465  
TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

*NHGP 09/08/18  
as 20:30*

Imp: 09/08/2018 08:34:30

(Ass: LORENA)

(Estimado: AACR01)

<u>Nome:</u> ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES		<u>Prontuário:</u> 484787
<u>Mãe:</u> MARIA VALINA DE SOUSA	<u>Pai:</u> JOSE RIBAMAR MORAES	
<u>End. Resid.:</u> RUA HIDROLANDIA N 1516 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 22/12/1982	<u>Idade:</u> 35a7m18d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99431-8953
<u>Responsável:</u> MARCIA		<u>CNS:</u>
<u>Profissão:</u> PEDREIRO		<u>Documento:</u> CPF: 011.581.673-93
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 678492	<u>Data:</u> 09/08/2018 08:30:11	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S D S
<u>Acid. Trab.:</u> Sim	<u>Acid. Trajeto:</u> Sim	<u>Acid. Trab. Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
ORNADAS	Fratura exposta	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo

## Breve História:

PACIENTE VEIO ATRAVÉS DO SAMU COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTA COM CARRO, QUEIXANDO-SE DE DOR MIE. NEGA ALCOOLIA MEDICAMENTOSA.

Profissional Clas. Risco:

LORENA MACHADO MACEDO

221123

Em: 09/08/2018 08:34:30

## DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ )

Paciente vítima de acidente motociclista (colidiu em carro parado) há uma hora, estava capaz no momento do acidente. Negava perda de consciência ou tontura. Pode ter um punho quebrado. (A) vs pulso, c' sensibilidade central (B) my proximis tricotilomania, sem outras alterações. (C) VIE, RA, um espas, pulso rítmico. Abdome sem nenhuma. (D) George 15, pupilo regular (E) estenose (F) Fratura em punho C (sem sensibilidade da mão direita).

<u>PA:</u> ____ mmHg	<u>P脉:</u> 98 bpm	<u>FC:</u> ____ lpm
Diagnóstico Inicial:		

*DU CORRETORA  
DE SEGUROS  
CONFECOM  
18 JAN 2019*

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Sob re de urinário, feces, urina e pele e sangue escuro  
Sf 0.97 - 1000ml, LV negra

<u>RÁTIO-K REAUMUR:</u> 37.5°C
<u>DATA:</u> / /
<u>TENSÃO:</u> / /

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /      HORA: : .

Procedimento      CID

*Marcia Cristina Ferreira*

Assinatura Paciente ou Responsável

*Tiago Almeida Macêdo*  
Medico  
CRM-PF-6683 - Especialista Medicina

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tite 1820 - Redenção - CEP: 86.321-5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0022-02

Imp: 09/08/2018 08:31:48

(CORENA)

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

<u>Nome:</u> ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES	<u>Prontuário:</u> 484787		
<u>Mãe:</u> MARIA VALINA DE SOUSA	<u>Pai:</u> JOSE RIBAMAR MORAES		
<u>End. Resid.:</u> RUA HIDROLANDIA N 1516 - PEDRA MOLHADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 22/12/1982	<u>Idade:</u> 35a7m18d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-99131-8399
<u>Responsável:</u> MARCIA		<u>CNS:</u>	
<u>Profissão:</u> PEDREIRO		<u>Documento:</u> CPF: 011.581.673-93	
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)	
<u>End. Local.:</u> - - -			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

Data/Hora Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/:\_\_\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

---

---

---

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/:\_\_\_\_

---

---

---

Carimbo/Assinatura

*PJ CORRETORA  
DE SEGUROS*

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

Data/Hora Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/:\_\_\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

---

---

---

28 JAN 2019

*Jane Simões de Oliveira*  
*CONCEPCAO DA SERRA*  
*DPVAT*

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/:\_\_\_\_

---

---

---

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



No. da Autorização de Internação Hospitalar A 3

220350

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

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>220350</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES		6 - Prentuário: 484787	
7-CNS:	702105772025296	8-Nascimento:	22/12/1982
9-Sexo:	Masculino	10-CPF:	011.581.673-93
11-M&e:	MARIA VALINA DE SOUSA		
12-Fone:	86-99431-8999		
13-Resp:	MARCIA		
14-Cor:	Sem Informação		
15-Ender:	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**

- ## 2C - 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 déficit neuroológico.

MS. B. 1. 1

- 21 - Condições que justificam a internação:

tto cirurgico

- 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados):  
exame físico e Rx

- ### 2.2-Diagnóstico Inicial

#### Fratura da diáfise da tíbia

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28-Cod.Proced.: <b>0408050500</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b>	29-Clinica: <b>02</b>	30-Caráter: Ident.: <b>01</b>	31-Docum.: <b>CPF</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>669.742.673-04</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>ATIRANA SOARES AIRES</b>			34-Data Solicitação: <b>09/08/2018</b>		

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº Bilhete:	41-Série:		
37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-GROR:		
38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto					
45 - Vínculo com a Previdência:					
( <input type="checkbox"/> ) Empregado	( <input type="checkbox"/> ) Empregador	( <input type="checkbox"/> ) Autônomo	( <input type="checkbox"/> ) Desempregado	( <input type="checkbox"/> ) Aposentado	( <input type="checkbox"/> ) Não Segurado

## **AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPE			

SI - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Mareia cristinae* Ferreira

Usuário: (AYRANA)  
Consulta Local: 678452  
Consulta SUS:  
Impressão: 09/08/2018 09:28

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

3078356

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

3078356

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
30215272025295	JANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES		22/12/82	M	8-757
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	80994188999	MARIA VALINA DE SOUSA	MARCIA		
CEP	ENDERECO / LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			100		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	CEP	
VILA MEIO NORTE			TERESINA	38100-000	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM DOR E INFLAMAÇÃO EM PERNAS ESQUERDA ACIDENTE MOTOCICLISTICO AO EXAME DOR E LIMITAÇÃO EM PERNAS SOFRIDA SEMANAIS DE DEFÍCIT NEUROLOGICO

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TRATAMENTO CIRURGICO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAVS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO LARX

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S822 FRATURA DA DIAPSE DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

I400030500 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAPSE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO	
URGÊNCIA	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
	09/08/2018	MELHORADO
DATA ADMISSÃO 09/08/2018 08:30	DATA ALTA 11/08/2018 09:00	

GRANJA, JOSÉS A. RES.  
CRF: 06074267302

CRM: 36030

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DAVAT

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE: CNPJ/SEGURADORA N° DO BILHETE: SÉRIE: CNPFD DA EMPRESA: CNAE: EMPRESA: CBOR: NATUREZA DA VULNERABILIDADE:

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO

NOME DO PROFISSIONAL / PARCEIRO / CONTROLE AVAIAÇÃO / AUDITORIA

PLINIO DOS SANTOS VASCONCELOS  
CRF: 105018411

CRM:

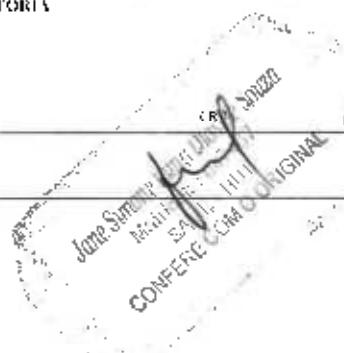
DATA ANA: 31/08/2018 09:42:12

CPF:

CRM:

DATA ANAISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 10 / 08 / 2013

NOME DO PACIENTE:	<u>Antônio Francisco de Souza</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>484787</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Sint. Sobe</u>	CIRURGIA:	<u>Sobr. Sobe</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dra. Ana Paula Feliz</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Thierry</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Amanda Goméz Valle</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Jovinila</u>	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	PAR	<u>06</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVP DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>01</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>corpo</u>	UNID.	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Jane Simões Lopes de Souza Matrícula: 111.111.111-1 CONFERIDA COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				PJ CORRETORA DE SEGUROS			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				28 JAN 2013			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				DPVAT			
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>2-0</u>	<u>UN</u>	<u>02</u>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Ronaldo</u>			
VICRYL	<u>0</u>	<u>UN</u>	<u>01</u>	CIRCULANTE: <u>Jeyay</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

Diagnóstico pré-operatório

~~fratura fibra F~~

Operação - Tipo

~~Suturar fibra~~

Cirurgião

~~Dr. YURI~~

Yuri Júnior Félix  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PI 2306

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Jan. Cirurg. Dr. Yuri Júnior Félix  
M. S. 2013  
CONFERE COM O ORIGINAL

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 JAN 2013

DPVAT

**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Exoesofago + sutura
- ② sevra anterior do fêmur
- ③ Redireção + fixação fibra tibial.
- ④ Tensão de bono intubação
- ⑤ fechamento da ferida
- ⑥ curativo

Dr. Yuri Júnior Félix  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PI 2306



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	220350

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES</b>	6 - Prontuário: <b>484787</b>
7-CNS: <b>702105772025295</b>	8-Nascimento: <b>22/12/1982</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	10-CPF: <b>011.581.673-93</b>
11-MSC: <b>MARIA VALINA DE SOUSA</b>	12-Fone: <b>86-99431-8999</b>
13-Rsp: <b>MARCIA</b>	14-Fone: <b>86-99431-8999</b>
15-Ende: <b>RUA HIDROLANDIA N 1516 - PEDRA MOLE - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050500</b>	30 - Procedimento Principal / Descricao: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b>
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030902</b>	32 - Descricao do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)</b>

Quant. Solici-dada:  
**1**

Fornecedor da OPM: **PIMMES**

36-Profissional Responsável: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	41-No.Doc. Méd. Solic.: <b>669.742.673-04</b> Data: <b>10/08/2018</b> Assinatura: <b>Dra. Ayrana Soares Aires</b> Carimbo: <b>Med.Sol.(CRM)</b>
39-Data Solicitação: <b>10/08/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>669.742.673-04</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

<i>Seleto tratamento da Fratura Parafuso Sinter Tiba.</i>		
---	--	--

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	/ /	

50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria <i>CONFERE DOCUMENTO ORIGINAL</i>	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	/ /	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <b>KARLA BAPTISTA</b>



## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <u>Antônio Francisco de Souza Moreira</u>	Sala:	Alergia: <u>Ninguna</u>	Data: <u>10/03/18</u>
Procedimento: <u>Extracção de díplopia de Tília</u>	Cirurgião: <u>Dr. Yuri</u>	Observações:	

Agenias	Unid	68:15			8:45			9:15			9:45			15			30			45			45			SU			45					
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
1 Glicopina																																		
2 Midazolam																																		
3 Diazepam																																		
4 Bromopropila																																		
5 Diazepam																																		
6 Cloropropeno																																		
7 Propofol																																		
8 Fentanyl																																		
9 Metilpropano																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
Oxigênio		2L/min																																
AR/N2O																																		
Volatile		%																																

## Acesso Vascular

- Periférico \_\_\_\_\_
- Cat. Venoso nº \_\_\_\_ G
- Dificuldade aces. venosa
- Gastos \_\_\_\_ cateteres
- Central \_\_\_\_\_

## Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº \_\_\_\_\_
- IMA nº \_\_\_\_\_

## Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO<sub>2</sub>
- Outros

## Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: ODA

SPO <sub>2</sub> (%)	97	99	96	93	96	96	X
ETCO <sub>2</sub> (mmHg)							
Aces. Venosa							
Aces. Venoso							
20G (1ml)							
Diurese							
Perdas Sanguíneas							

## Descrição da Anestesia:

- ① Cheie de art
  - ② I denti froucos
  - ③ Tornou louquinho
  - ④ Virei de lado pro lado. amm 15S
  - ⑤ Fazendo bolha
- Daquele 26G / fachinham

Julho 2018  
Maior da 14:45  
CONFERE COM O ORIGINAL

Amanda Gomes Vale Avelino  
ANESTESEIOLOGISTA  
CRM: 4.581  
Anestesiologista

**COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E  
MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM**

PACIENTE - Nome: Antonio Francisco de Souza Moraes  
Nº AIH: 220350  
Nº do Prontuário: 484787 Data da Internação: / /  
Procedimento Médico Realizado:  
Indicador de Compatibilidade: 0702030902

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dra. Yuri  
CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 10/08/18 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx 112	<u>01 placa estreita 4,5 mm de 8 furos</u> <u>parafusos artificiais nº 28</u> <u>me 30</u> <u>me 32</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 10 de agosto de 2018

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: Anália  
Anália  
07/08/2018



NOME DO PACIENTE <b>Antônio Francisco de Souza</b>	PRONTUÁRIO PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP	LEITO 231 / 228	MÉDICO ASSISTENTE
					RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA/HORA CÓDIGO 10/08/18					OBSERVAÇÕES
					14:50 - Pela admissão nessa clinica, procedida da SRPA JUO 001 da Junta de Tibur. E. Douscute, quando do, fo-
					deu. Vrpa algúnc. Andri-
					comutosa e cansadura -
					elos. Tam. <sup>170cm</sup> 70kg
					com
					9700 Apresenta vrpa d'jupor
					temente. Sigue lme Npouco
					no duto, lme queixas
					no momento. PA : 165/98
					URM. P. qdibro; T. 35,0°C
					Rosane Ferreira da Luz
					TE: em 08/08/2018 CORON: 427.187
					Oglo humor apresentando
					vrpa hipertensivo; PA:
					705/119mmHg; medido
					conforme prescrição da Luz
					TBC. ENT. 08/08/2018 CORON: PI 427.187

NOME		Antônio Francisco de Souza		IDADE	anos	DATA		10/08/2018	
HORÁRIO DE ADMISSÃO		9 hs 03 min	TIPO DE ANESTESIA		( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA		Fratura Tibia				CIRURGIAO			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO							
		ADMISSÃO				SAÍDA			
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)		100 / 62			140 / 87				
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)		67			89				
SATURAÇÃO DE O2 (%)		99			86%				
TEMPERATURA AXILAR (0°C)									
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)									
NOME/ MATRÍCULA		(Andrea)				Andrea			
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros			2	2	2	2	2 (ok)	
	Movimenta dois membros			1	1 (ok)	1	1	1 (ok)	
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando			0	0	0	0	0 (ok)	
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente			2	2 (ok)	2	2	2 (ok)	
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da resolução			1	1	1	1	1 (ok)	
	Tem aonéia			0	0	0	0	0 (ok)	
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico			2	2 (ok)	2	2	2 (ok)	
	PA em 20-49% do nível anestésico			1	1	1	1	1 (ok)	
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico			0	0	0	0	0 (ok)	
	Está lucido e orientado no tempo e espaço			2	2 (ok)	2	2	2 (ok)	
CONSCIÊNCIA	Desperga, se solicitaçao			1	1	1	1	1 (ok)	
	Não responde			0	0	0	0	0 (ok)	
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente			2	2 (ok)	2	2	2 (ok)	
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 80%			1	1	1	1	1 (ok)	
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>			0	0	0	0	0 (ok)		
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	4	5	6	7	
TOTAL	03							10	
ASS.	M. Andrade Coutinho COPA 2017 - ENF							J. Andrade Coutinho COPA 2017 - ENF	
( ) SONDA VESICAL		( ) DRENO DE SUCÇÃO		( ) DRENO TORACICO		( ) DVE		( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
E. AÇÃO DE ENFERMAGEM:									
03:05 Admitido no SRPA em PTO de alta cirúrgica para fratura em tibia. Submetido a náuseas conscientes, cefaleia e dispneia com respiração oral. FO com constrição temporal. 13:25h: Recebe alta oncostato, extubado.									
RAIO-X REALIZADO									
DATA 10/08/2018									
Técnico: Ely									
PREScriÇÃO MÉDICA					ALTA SRPA		Dr. M. Andrade Coutinho Anestesiologista CRM-SP 10000		
CONCELE CIRÚRGICO					HORÁRIO		ANESTESIOLOGISTA		
ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] GRAFICOS [ ]									
POSTO: [ ] 12 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED-UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] NEURO [ ] ICIR [ ] MÉD									



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -**  
**HUT**

PREScrição MÉDICA



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Olívo Tito 1820 - Redenção - Telefone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

## 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: SUS

### 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 fibula.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 15/11/2018

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

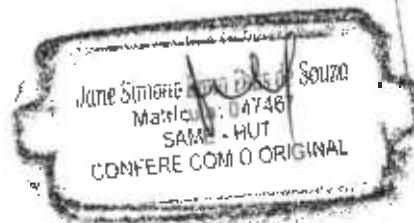
CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

3 CORRETORA  
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTER  
GENERAL  
NAME  
ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES  
FATHER  
MARIA VELLINA DE SOUSA  
JOSE RIBAMAR MORAES  
MATERIAL  
UNIAO-PI

DATA DE  
EMISSÃO  
17/12/18

DATA DE  
NASCIMENTO  
22/12/1982

DOC. NUMBER  
CERT. CASAM. 4636 L 11BA F 211V  
EXP. TERESINA-PI 20/01/04  
011.581.673-95

LEI Nº 7.110 DE 29/06/1980 - DECRETO Nº 89.250/82

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

ESTADO DO PIAUÍ  
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ



ESTADO DO PIAUÍ  
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

CARTERA DE IDENTIDADE  
ESTADO DO PIAUÍ

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MORAES



# 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:	Nome completo da vítima:	
	011.581.673-93	Antonio Francisco De Souza Moraes	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 415/2012</b>			
Nome completo: <i>Antonio Francisco De Souza Moraes</i>		CPF: <i>011.581.673-93</i>	
Profissão: <i>Recreio</i>	Endereço: <i>Rua Hidrolândia</i>	Número: <i>1526</i>	Complemento: <i></i>
Bairro: <i>Tabajaras</i>	Cidade: <i>Teresina</i>	Estado: <i>PI</i>	CEP: <i>64067-290</i>
E-mail: <i></i>			Tel.(DDD): <i>(86)99970-3592</i>

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO MENSAL:**

REQUISO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0019**  CONTA: **37608** **6**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Dedico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pela 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)  Divorciado  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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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: **Teresina - PI, 24/01/2019**  
 Nome: **Antonio Francisco De Souza Moraes**  
 CPF: **011.581.673-93**

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

*Antonio Francisco de Souza Moraes*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Alexandre Sampaio*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_ 28 JAN 2019

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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<sup>103</sup>

Agente de Polícia Civil  
Almiralice R. Lebre  
Escrivão Especial  
Mat. 009/01-6

04 FEV 2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000316/2019-88

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	09/08/2018 - 06:20
Type Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
TERESINA	PLANALTO ININGA
Endereço	
AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº:	
Complemento	Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MARAES	Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante
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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice R. Lebre Carlos  
Escrivão Especial  
Mat.: 009761-6

Delegado de Polícia

*Antonio Francisco de Souza Maraes*  
ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA MARAES - Noticiante  
Responsável pela Informação



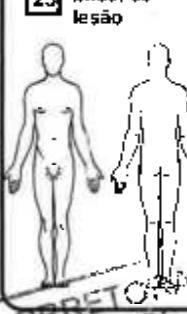


Estado do Piauí  
**Prefeitura Municipal de Teresina**

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>1140</b>	02 Data do chamado <b>09/08/2018</b>	03 PRO (código) <b>2899</b>	04 Saída do PA <b>07:15</b>	05 Chegada ao local <b>07:45</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>08:00</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>08:25</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Rua Kennedy</b>	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência					
Acidente Transporte	14 Nome <b>Antônio Francisco Souto Moraes</b>	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado				
	16 Idade <b>35</b>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	22- <b>1982</b>	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado	<b>2</b>	
	Se idade ignorada, preencha com 999					
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quemadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	<b>01</b>	
	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
	23 Glasgow = <b>AS</b>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 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 _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 _____		
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	29 Dor <b>6</b>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor    3 Leve    6 Moderada    9 Intensa    10	25 Local da lesão 		
	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio    2- Fino    3- Ausente	30 Fratura 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2- Exposta <input checked="" type="checkbox"/> 3- Fechada	2- Não    3- Suspeita	<b>CORRETO DE SEGUROS</b>		
	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim    2- Não					
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) _____ c) _____	<b>28 JAN 2018</b>		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>	<b>NINAT</b> Não Removido				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada 1-Melhorado    2-Piorando    3-Inalterado	34 Óbito 2-Antes do socorro <input checked="" type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
	<b>Paciente vítima de acidente de trânsito com provável fratura em M. I. C.</b>					
	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro				
	Responsável pela recepção 	Sousa		Reginaldo		