

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/01/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAINA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05794-0

CONTA: 000000006175-1

Nr. Autenticação

BRABESCO0901201905000000000023705794000000006175168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190007523 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192

102

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Janaína Barbosa da Silva

SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 16 Anos

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: B: 135 km

TIPO DA OCORRÊNCIA:

- () Envenenamento
() Choque Elétrico
() Urgência Obstétrica
() Urgência Pediátrica
() Ferimento Arma Branca
() Atropelamento
() Agressão Física
() Afogamento
() Queda
() Já removido
() Ferimento Arma de Fogo
() Urgência Clínica
(X) Acidente de Moto
() Acidente de Carro
() Mal Súbito
() Falso Chamado
() Queimadura

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- (X) Alerta
() Responde ao Comando
() Responde a Dor
() Sem resposta

PUPILAS:

- (X) Iguais
() Desiguais

FALA:

- (X) Normal
() Confusa

PULSO RADIAL:

- (X) Forte
() Fraco
() Ausente
() Leve
() Moderado Intenso

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- () Aspiração
() Oxigênio
() Reanimação CARDIO-RESP
() Ventilação Artificial
(X) Monitorização
() Outros
() Imobilização de extremidades
(X) Prancha
(X) Colar Cervical
() KED

- () Acesso Venoso --
Solução
() Ass. Obstétrica
() Hemostasia
(X) Curativo

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:



ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

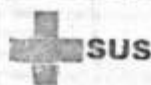
- () Melhorando
(X) Piorando
() Inalterado
() Coma
() Severa Gravidade
() Média Gravidade
() Pequena Gravidade
() Ileso
() Indeterminado
() Óbito antes do Socorro
() Óbito no transporte

HOSPITAL DE DESTINO: Hpp Manoel Emídio

Olívia Santana Chaves
Téc. de Enfermagem
Enfermeiro Técnico de Enfermagem

CRISM 924.689
Profissional Receptor do Hospital

Avenida Primeiro de Maio, 417 - Centro - Manoel Emídio-PI - CEP: 64.875-000
Fone: (89) 3535-1552 E-mail: manoelemidio@samu.pi.gov.br



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

1059243

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JANAINA BARBOSA DA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
704008806791068
10 - NOME DA MÃE
GERCILIA BARBOSA PESREIRA
12 - ENDEREÇO
SANTO AMARO, 0 - ALTO DA CRUZ
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANOEL EMIDIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
166937

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 ☒ Fem. X 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9945-70639

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-000

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF
PI
16 - CEP
64875-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Parafusos injetados de gesso
aproximadamente 10 dias*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Gesso de gesso

AIN NUMERADA

0408010150

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Gesso de gesso

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de osso

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

S420

W199

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução de fratura de osso

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408010150

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CIRURGIA GERAL URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/04/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

CRM: 2572 TEL: 7348

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 24/09/2018

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

64186

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078 977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2218101229575

MS-DATASUS
VERSÃO: 15.00

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ESPELHO DA AIH

O.E: M220390901

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 05 / 2018

PAG.: 125

DATA: 19/07/2018

Num AIH: 221810122957-5

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 05/2018

Data Autorização: 27 / 03 / 2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M220390901

CRC: 058441FB3B

Doc autorizador: 170173151870003

Doc med resp: 203833803020018

Doc diretor clínico: 203833803020018

Doc médico solic: 980016001132238

CNES: 2365146 - HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNS: 70400880679105-8

Paciente: JANAINA BARBOSA DA SILVA

Prontuário: 186937

Data Nasc.: 17 / 05 / 2001 Sexo: FEMININO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: IGNORADO

Doc:

Responsável pac.: GERCILIA BARBOSA PEREIRA

Nome da Mãe: GERCILIA BARBOSA PEREIRA

Endereço: RUA SANTO AMARO Bairro: ALTO DA CRUZ

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 220590 - MANOEL EMÍDIO

UF: PI

CEP: 64875-000

Telefone: (89)0945-70639 Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.01.015-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Procedimento principal: 04.08.01.015-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Diag. principal: S420-FRATURA DA CLAVICULA

Complementar:

Diag. secundário:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Causa Óbito:

Data internação: 27 / 03 / 2018

Data saída: 08 / 04 / 2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Modalidade: HOSPITALAR

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: . . . / . . .

Vínculo Previdência:

CNAER: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408010150	980016001132238	225270(1)	2365146	2365146	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA	
2	0408010150	207284594040002	225151(6)	2365146	2365146	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA	
3	0204040060			2365146	2365146	1	03/2018	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	
4	0202020380			2365146	2365146	1	03/2018	HEMOGRAMA COMPLETO	
5	0202010473			2365146	2365146	1	03/2018	DOSAGEM DE GLICOSE	
6	0202020070			2365146	2365146	1	03/2018	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	
7	0202010694			2365146	2365146	1	03/2018	DOSAGEM DE UREA	
8	0202010317			2365146	2365146	1	03/2018	DOSAGEM DE CREATININA	
9	0802010024			2365146	2365146	5	03/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE	
10	0802010199			2365146	2365146	1	03/2018	DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR	
11	0802010024			2365146	2365146	7	04/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE	
12	0802010199			2365146	2365146	3	04/2018	DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR	

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
W199	ADQUIRIDO	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0 N° Pré-Natal: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 21/04/2019
ASSIN.

ASSIN
DATA
CONFERE COM O ORIGINAL
FLORIANO - PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coaric de Resende, 465 Lote C
 Centro-Norte CEP: 70.002-470
 Turestina-PI

12. SSV + GCGG[illegible][illegible]

CRM: 2572 TEO: 7346

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 31/03/18

NOME Jonas Barbosa

DATA 31/03/18 PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALA

ENF. OU APT.

LEITO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

01. DIETÀ LIVRE

02. JELCO HIDROLISADO

03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)

08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP-SC 1X/DIA

09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg

11. CURATIVO

12. SSV + GCGG

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Dr. Jonas Barbosa
Ortopedia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

17/83

NOME	Jociana Barbosa do Carmo			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
DATA	05/04/83	#	F-2 de observação	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE							
02. JELCO HIDROLISADO							
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18H	07:30					
04. NEVANOLINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (Nuprin)	18H	07:30					
05. DIFENIDOL 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18H	07:30					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18H	07:30					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	18H	07:30					
08. CILEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA (Nuprin)							
09. PIALIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)							
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg							
11. CURATIVO							
12. SSVV + CCGG							

Assinado por: Jociana Barbosa do Carmo
Enfermeira e Tíbio Nunes
Cirurgião

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Tamara Boudier</u>		ALA <u>A</u>	ENF. OU APT. <u>12</u>	LEITO <u>34</u>	ORTOPEDIA
DATA <u>04/04/18</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
OBSERVAÇÕES					
01. DIETALIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + GCGG					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

00 12:00h Trocas de Ocas
venozes, melhorias de PA
110x70mmHg
A 2000h, 800ml de
suscitantes de amêdoas
luc. hígida, 100ml de
de ciste. capável. Sane e
na parte no infotério e Agri-
dado e 100ml de 100ml
chiss. preta. PA 130x60mmHg
P-C 3 bpm - 24 bpm - 100x36x
Aline. P. 100ml.
Luciane M. V. Medeiros
ENFERMEIRA
COREN 538.034

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

FLORIANO-PI

37/34

NOME <u>Luciana Rauline</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>05/04/19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE			Alimentação adequada, PA = 100 x 70 mmHg, FC = 95	
02. JELCO HIDROLISADO	18		" "	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			" "	
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12		" "	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			" "	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			" "	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			" "	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA			" "	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			" "	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			" "	
11. CURATIVO			" "	
12. SSVV + GCGG			" "	

Dr. Conceição de Fátima
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM: 25119 / AOR: 7348

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 02 JAN 2019
 GENTE SEGURO S.A.
 Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

Fe de Clínica

NOME <i>Yvonne Sombra do Siqueira</i>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <i>06/09/19</i>	HORÁRIO MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE				<i>03/14/00 PA. 110/80</i>
02. JELCO HIDROLISADO				<i>04/22/00 PA. 110/80</i>
03. FANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				<i>05/22/00 PA. 110/80</i>
04. FANITIDINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				<i>06/22/00 PA. 110/80</i>
05. DIPHENHIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>12/24</i>	<i>24</i>		<i>07/22/00 PA. 110/80</i>
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				<i>08/22/00 PA. 110/80</i>
07. TILAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				<i>09/22/00 PA. 110/80</i>
08. GLEKXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				<i>10/22/00 PA. 110/80</i>
09. PIRASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				<i>11/22/00 PA. 110/80</i>
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				<i>12/22/00 PA. 110/80</i>
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 02 JAN 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

03/14/00 PA. 110/80
04/22/00 PA. 110/80
05/22/00 PA. 110/80
06/22/00 PA. 110/80
07/22/00 PA. 110/80
08/22/00 PA. 110/80
09/22/00 PA. 110/80
10/22/00 PA. 110/80
11/22/00 PA. 110/80
12/22/00 PA. 110/80

02 JAN 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

FLORIANO-P

GE
Rua C
Com

DATA

ENF. OU APT.

LEITO

ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

01. DIETALIVRE

02. JELCO HIDROLISADO

U3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

06. ILA IL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)

08. CLEXANE 40MG - 04 AMP SC 1X/DIA

09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

U. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg

1. CURATIVO

2. SSV + GCGG

Dr. Conger and Dr. T. W. L.

Chapman, William
1791-1848
Died 1848

John Jordan



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME	Caraceni R. J. Silva			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
DATA	07/04/18			HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE	Livre						
02. JELCO HIDROLISADO							
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
04. CEFOTAXOLINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				12	18	24	06
05. DIPHENHIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				12	18	24	06
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
07. TITANAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)							
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA							
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)							
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg							
11. CURATIVO							
12. SSVV + CCGG							
Dr. Conegundes T. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2572 RBO: 1348							
Caraceni R. J. Silva							
Dr. Conegundes T. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2572 RBO: 1348							

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Janeira Barbosa da Silva</u>				Registro: _____		
Enf.: _____				Leito: _____		Apto.: _____
Data <u>02/01/18</u>	P. Arterial <u>120/80</u>	Pulso <u>80</u>	Respiração <u>regular</u>	Temperatura <u>36,5</u>	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia
Exame de Urina						
Função Respiratória						
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma		
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite
Sistema Digestivo				Sistema Urinário		
Estado Mental <u>consciente</u>				Corticóides	Atarácicos	Outros
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fratura de clavícula E</u>				Risco <u>I</u>		
Pré-Medicação (Agentes e Doses) <u>midazolam 5mg</u>				Aplicado As:		Efeitos:
Agentes Anestésicos	Oxigênio 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDO	Soluto 500 Sangue 300 Outros 100					SEQUÊNCIA
Temperatura T°	C 260					3
P. Arterial	38 220					4
V	180					5
Λ	160					6
Pulso	36 150					7
Início e Fim Anestesia	X 140					8
Início e Fim Operação	34 120					9
Respiração	O 100					10
		32 80	11			
		60	12			
		40	13			
		20	14			
		10	15			
SÍMBOLO		<u>10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30</u> <u>32 34 36 38 40 42 44 46 48 50</u>				DURAÇÃO
Técnica: <u>Região Interclavicular E</u>				Incidentes - Acidentes		
Operação: <u>Artroscopia</u>						
Cirurgiões: <u>Alexandre</u>						
Anestesistas: <u>Roberto Lima</u>				Corticóides pós-oper. Imediata		



Hospital Regional
Tiberio Nunes

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO
CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Nome do Cliente: Parana Barbara da Silva

Prontuário: 166.937-

Ent/Leito: 17-34

Data do Procedimento: 07/04/18

Procedimento Cirúrgico: Chapedec

Pulseira de Identificação: ☒ Sim ☐ Não Horário SSV: 10:00 T: 36 FC: 100 bpm FR: 12 lpm PA: 90/70 mmHg

Glicemia Capilar: mg/dl Acesso Venoso: ☒ Periférico ☐ Central (especificar local, calibre e nº da dilata) M50, M122, 07/04/18

SNG ☐ SNE ☐ Drenos (especificar): Jelum ☒ Sim ☐ Não A partir das: 22h 08/04/18

Avaliação Pré-Anestésica: ☐ Sim ☒ Não Avaliação Cardiológica: ☐ Sim ☒ Não Utiliza Anticoagulante: ☐ Sim ☒ Não Último horário:

Sítio Cirúrgico Demarcado: ☐ Sim ☒ Não Adornos Retirados: ☒ Sim ☐ Não Utiliza Prótese Dentária: ☐ Sim - Retirada ☒ Não
Higienizado: ☒ Sim ☐ Não Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Carnisola, gorro e pro-pés: ☒ Sim ☐ Não

Alergias: ☐ Sim Qual: (X) Não Exames essenciais disponíveis: ☒ Sim ☐ Não

Antimicrobiano Profilático: ☐ Sim ☒ Não Horário: 14h Hora do Encaminhamento ao CC: 14h

Prontuário completo com ficha de internação ☒ Sim ☐ Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

Neuvaria Rodrigues Santos
Enfermeira
COREN-PI: 414.290

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

Declaro para fins legais que eu, Jonaina Barbosa da Silva ou
meu responsável _____ AUTORIZO a realização do
procedimento anestésico/sedação a fim de possibilitar a cirurgia/tratamento de

Ortopedia

Declaro também que:

- 1) Mantive o jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;
- 2) Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;
- 3) Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;
- 4) Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Prestei ao Médico Cirurgião ou Anestesiista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.
- 6) Li e concordo com todos os termos acima;

Floriano (PI), 07 de Abri de 20 18.

Jonaina Barbosa da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Exame: E0129947



Coletado:

Data: 28/03/2018

Paciente: JANAINA BARBOSA DA SILVA
Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES
Convênio: Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO
Idade: 16 ANOS, 10 MESES, 10 DIAS
Impresso: 28/03/2018

HEMOGRAMA

Exame: Hemograma
Coletado:

HEMOGRAMA

ERÓCITOS 3,75 milhões/mm³
HOGLOBINA 9,5 g%
MATÓCRITO 27,4 %
M 73,07 u³
M 25,33 pg
MCM 34,67 %

4,5 a 5,9 milhões/mm³
12,0 a 17,5 g%
40 a 52 %
80 a 100 U³
26 a 34 pg
31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

HEMOGRAMA

ERÓCITOS 11.000 mm³
ERÓCITOS 0 %
MIELÓCITOS 0 %
MONETES 1 %
MENTADOS 55 %
ÓFILOS 0 %
NÓFILOS 8 %
ÓCITOS 33 %
ÓCITOS 3 %
OS ATÍPICOS 0 %
M GERAL 100,00

4.500 a 11.000 /mm³
0 a 1 % Até 100 /mm³
0 a 4 % Até 400 /mm³
36 a 66 % 2000 a 7500 /mm³
0 a 1 % Até 100 /mm³
0 a 4 % 100 a 400 /mm³
20 a 40 % 900 a 4400 /mm³
2 a 8 % 200 a 800 /mm³
100%

PLAQUETAS

416.000 /mm³

150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

ERÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE-ERITROPENIA-MICROCITOSE-EOSINOFILIA



Dr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos
FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO

0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS

O laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames: Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Idmento: E0129947



Coletado:

Data: 28/03/2018

Paciente: JANAINA BARBOSA DA SILVA
Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

Sexo: FEMININO
Idade: 16 ANOS, 10 MESES, 10 DIAS
Impresso: 28/03/2018

Convênio: Leito: Enfermaria:

ICÓSE

Material: PLASMA

Método: ENZIMÁTICO

Resultado: 140 mg/dl

70 A 110 mg/dl

SERVAÇÃO GERAL:



Dr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos
FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO

CRF: 0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS

laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Alcance: E0129947



Coletado:

Data: 28/03/2018

Paciente: JANAINA BARBOSA DA SILVA
Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

Sexo: FEMININO
Idade: 16 ANOS, 10 MESES, 10 DIAS
Impresso: 28/03/2018

Leito: Enfermaria:

AGULOGRAMA

Material:

Método:

TEMPO DE SANGRIA

4 MIN

TEMPO DE COAGULAÇÃO

15 MIN

OBSERVAÇÃO GERAL:

1 a 3 Min

5 A 10 min

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos
FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO

CRF: 0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS

O laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Nome do Paciente:

Francisco Balthus Lima

Clinica:

Interno () Externo ()

Convênio: Particular () SUS () Outros Convênios ()

Enfermaria:

Apt.º:

Leito:

Médico:

Exames Solicitados:

FR Coelho & B

Dr

Dr. Consequente

08/05/2019 15:00 15:30

CRB: 2512 1600 1540

Assinatura do Médico Solitante

CRM

Obs.: Exames pago pelo SUS, sendo proibida a cobrança de qualquer taxa.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Laboratório

Adala Attem

Análises Clínicas

JANAINA BARBOSA DA SILVA

16 Anos

Sexo: feminino

ESPECIALIDADES

Hormônios
Teste de DNA
Teste do Pezinho
Hematologia
Bioquímica
Uroanálise
Microbiologia
Marcadores Tumorais
Teste Toxicológico

CONVÊNIOS:

• AMIL
• BRADESCO SAÚDE
• CORREIOS
• CAMÉD
• CAPESAÚDE
• FACHESF
• GEAP
• UNIPLAN
• HUMANA
• HAPVIDA
• IAPÉP
• MEDPLAN
• SESC
• SUS
• UNIMED
• OAB-PI
• CASSI

02018301/01

28/03/2018 13:34

HTN

HOSPITAL

Material: SORO

URÉIA.....: 45 mg/dl

Método: Cinético UV

Valor(es) de Referência

Crianças e Adolescentes (mg/dl)

1 dia a 12 meses | 2 a 34 mg/dl

1 a 13 anos | 8 a 36 mg/dl

Adultos | 15 a 45 mg/dl

EXAME REPETIDO E CONFIRMADO

â

Material: SORO

CREATININA.....: 0,70 mg/dl

Método: Labtest

VALORES DE REFERÊNCIA:

Recém-nascido | 0,31 - 0,92

2 semanas-1 ano | 0,16 - 0,39

1 - < 3 anos | 0,17 - 0,35

3 - < 5 anos | 0,26 - 0,42

5 - < 7 anos | 0,29 - 0,48

7 - < 9 anos | 0,34 - 0,55

9 - < 11 anos | 0,32 - 0,64

11 - < 13 anos | 0,42 - 0,71

13 - < 15 anos | 0,46 - 0,81

Adulto (Mulher) 18 - 74 anos 0,53 - 1,00

Adulto (homens) 18 - 74 anos 0,70 - 1,20

Obs.Exame repetido e confirmado



Data de Emissão: 28/03/2018

Dra. Carmélia de Almeida Reis
CRF - 2594

Dra. Caroline de Almeida Reis
CRF - 689

Dra. Liana de Almeida Reis
CRF - 1165

O Valor preditivo dos testes laboratoriais depende da situação clínico-epidemiológica do (a) paciente. Somente seu médico tem condições de interpretá-lo.



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

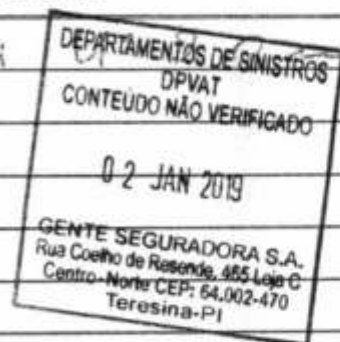
FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 • Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís • Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-5
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

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

Nome do Hospital: Regional Tibau Vermelho
C.N.P.J.: 06.553.564/0103.62
Assinatura: Estelene Roub de Silva
Cargo: Gerente
Nome: _____

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
93398085	1 Fio de Lincolm



Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 08/04/18 DATA DA ALTA: 1/1/18
PACIENTE - Nome: Josiane Roub de Silva

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: 106937 Data da Internação: 28/10/18

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Alexandre Magno

CRM Nº: 4462

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
099.337.333-03

Nome completo da vítima
JANAINA BARBOSA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JANAINA BARBOSA DA SILVA		CPF titular da conta 099.337.333-03	Profissão ESTUDANTE
Endereço RUA SANTO AMARO		Número SIN	Complemento CASA
Bairro ALTO DA CRUZ	Cidade MANOEL EMÍDIO	Estado PIAUÍ	CEP 64875-000
Email		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

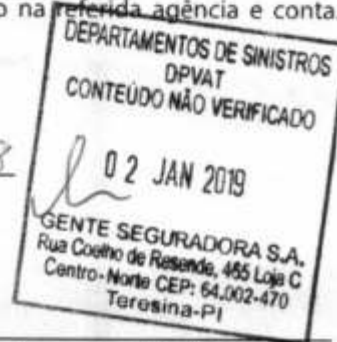
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> BRADESCO 237	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 5794 1	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 6175 1	

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.

MANOEL EMÍDIO - PJ 13 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

X Janaina Barbosa da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





===== VIA DO CLIENTE =====
Correspondente do Banco Bradesco

Ag. Relac.: 05794 - CANTO DO BURITI
PACB : 095 - SOLENIS SUPERMERCADOS

Agencia : 05794-CANTO DO BURITI
Conta : 0000000006175-1
Nome : JANAINA BARBOSA DA SILVA
Data : 21/11/2018
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR – GPI
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CANTO DO BURITI-PI
Rua Getúlio Vargas s/nº, Santa Luzia, Canto do Buriti-PI, CEP 64.890-000, email: dpcantodoburiti@gmail.com.br



BOLETIM DE Ocorrência Nº 1276/2018 - 17ªDRPC DE CANTO DO BURITI

Delegacia: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
Delegado: Yan Rego Brayner

Resp. p/ Registro: Daniele Batista Araujo
Data/Hora: Segunda-feira - 12/11/2018 - 10h50min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: Acidente de Trânsito

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
Local do fato: Via Pública
Endereço: BR 135 km
Bairro: Zona Rural
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Data/Hora: 18/03/2018 aprox. 19h00min

494605

Estado: Piauí

DADOS DO NOTICIANTE

Nome: Gercília Barbosa Pereira
RG: 2.492.743 SSP/PI CPF: 052.970.303-31
Filiação: Hercílio Pereira e Venaranda Barbosa
Endereço: Rua Santo Amaro, s/n.
Bairro: Alto da Cruz
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Idade: 38 anos - 08/12/1979
Telefone: (89)99457-0639

Estado PI

DADOS DA VÍTIMA

Nome: Janaina Barbosa da Silva
RG: Prejudicado CPF: 099.337.333-03
Filiação: Gercília Barbosa Pereira e Dioclécio da Silva
Endereço: Rua Santo Amaro, s/n.
Bairro: Alto da Cruz
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Idade: 17 anos - 17/05/2001
Telefone: (89)99411-6334

Estado PI

OBJETOS / DOCUMENTOS/ EQUIPAMENTOS ENVOLVIDOS

Desc. Material:
Quantidade:

Valor R\$:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca/Mod/Ano: HONDA/ XLR 125 ES, Ano: 2001, Licenciado em nome de: RAIMUNO CRISPIM PEREIRA DOS SANTOS. Placa: LWB-3158

Cor: VERMELHA Chassi: 9C2JD17201R018213 Renavam: 765815460

NARRATIVA DO FATO

A noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data, hora e local acima citada, sua filha de nome Janaina Barbosa da Silva estava em uma motocicleta com Clesiane da Silva Oliveira (4.361.775 SSP/PI); Que Janaina estava de carona e Clesiane era a condutora da motocicleta; Que Janaina falou que estavam vindo da Localidade Água Branca; Que ao Chegarem na BR 135 os pneus estouraram e Clesiane perdeu o controle da motocicleta; Que caíram no meio fio da pista e ficaram desacordadas; Que um homem desconhecido que transitava no momento ligou para o SAMU; Que aproximadamente às 20:30h receberam os primeiros atendimentos pelo SAMU da cidade de Manoel Emídio/PI; Que foram transferidas para o Hospital de Manoel Emídio/PI; Que teve fratura na clavícula ficando internada por um dias; Que na data do dia 19/03/2018 foram transferidas para o Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano/PI; Que foi feito procedimento cirúrgico Ortopédico - Clavícula E (braço esquerdo) na data do dia 07/04/2018. É o relato.

Gercília Barbosa Pereira
Noticiante

Daniele Batista Araujo
Escrivão/ad.hoc. Agente



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192

192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

21/01/19

NOME DO PACIENTE: Janaína Barbosa da Silva
SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 16 Anos
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: B. 135 km

TIPO DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------|
| () Envenenamento | () Agressão Física | (X) Acidente de Moto |
| () Choque Elétrico | () Afogamento | () Acidente de Carro |
| () Urgência Obstétrica | () Queda | () Mal Súbito |
| () Urgência Pediátrica | () Já removido | () Falso Chamado |
| () Ferimento Arma Branca | () Ferimento Arma de Fogo | () Queimadura |
| () Atropelamento | () Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- (X) Alerta
() Responde ao Comando
() Responde a Dor
() Sem resposta

PUPILAS:

FALA:

- (X) Iguais (X) Normal
() Desiguais () Confusa

PULSO RADIAL:

- (X) Forte
() Fraco
() Ausente
() Leve
() Moderado Intenso

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Hora	20:50	
P.A.	120 x 90 mmHg	
Pulso	96 bpm	
Respiração	19: mpm	
Saturação	96%	
Temperatura	36.5°C	
Glicemia	100 mg/dL	

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| () Aspiração | () Outros |
| () Oxigênio | () Imobilização de extremidades |
| () Reanimação CARDIO-RESP | (X) Prancha |
| () Ventilação Artificial | (X) Colar Cervical |
| (X) Monitorização | () KED |

- () Acesso Venoso --
Solução
() Ass. Obstétrica
() Hemostasia
(X) Curativo

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:



ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------|
| () Melhorando | () Severa Gravidade | () Indeterminado |
| (X) Piorando | () Média Gravidade | () Óbito antes do Socorro |
| () Inalterado | () Pequena Gravidade | () Óbito no transporte |
| () Coma | () Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: Hsp Manoel Emídio

Deleane Santana Chaves
Enfermeira Técnica de Enfermagem

924.689
Profissional Receptor do Hospital



**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192**



Ofício n.º 046/2018

Manoel Emídio, 28 de Novembro de 2018.

A Requerente

Assunto: **Entrega da ficha de atendimento do SAMU 192.**

Prezado Senhora,

Venho através deste presente ofício informar a senhora Gercilia Barbosa Pereira, inscrito sob o RG n.º 2.492.743 SSP/PI, que a ficha de atendimento referente a ocorrência de Janaina Barbosa da Silva no dia 18 de Março de 2018 no turno da noite na BR 135 no município de Manoel Emídio-PI, que foi requerida pela mesma, foi disponibilizada e segue em anexo no presente ofício.

Na certeza do entendimento, renovamos votos de elevada estima e me coloco a disposição para maiores informações e esclarecimentos.

Atenciosamente,

POLLYANNA TAIANA DE MORAIS SOUSA
Coordenadora SAMU
Manoel Emídio-PI
COREN-PI 499.406-ENF

Pollyanna Taiana de Moraes Sousa
Coordenadora SAMU
Manoel Emídio-PI

