

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01637-3

CONTA: 000010885230-X

Nr. da Autenticação 4C20F98754C0C4C4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180498862 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

Sr(a). LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

Nome:

PACIENTE COM FRATURA DA CABEÇA DO 4 METACARPO DA
MÃO DIREITA COM ENCURTAMENTO E DESVIO NECESSITANDO
REDUÇÃO INCRUENTE E FIXAÇÃO CIRUGICAR.

24

HORAS

Data Teresina 15 de Junho de 2018



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

Nome: _____

*** LAUDO RADIOLÓGICO ***

No. Atend: 265017 Data: 01/06/2018

Paciente: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

Solicitante: DR CLAUDIO NOGUEIRA

Centro: IAPEP

Exame: 0243-RX MAO DIREITA

CONCLUSÃO:

FRATURA OBLIQUA COMPLETA RECENTE NO 4º METACARPO COM DESVIO
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 15 de Junho de 2018

Data: _____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

NOME DO PACIENTE: Luciano Soares de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 109276

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".

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Conselheiro Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI2-CRES
5828856

Código de Internação

4-CRES
5828856

215

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

C - Fisionomia: 10927

7-CNS: 898002310858961 8-Nascimento: 28/02/1987 9-Sexo: Masculino

RG: 50106457 - SSP P

11-Mãe: SIVANA SOARES DE OLIVEIRA

AT-Prv: 66- 1112-36

13-Resp: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

14-Doc: 3am Informa

15-Ender: RUA 04 N 2365 - BOA VISTA - CEP: 65630-020

16-Munic: TIMON 17-Cod.IBGE: 211220 18-UF: MA 19-CEP: 65630-020

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura 4º metacarpiano direito
mais 01 + Fratura
Fratura 4º metacarpiano esquerdo

21 - Condições que justificam a internação:

as
as

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Fratura 4º metacarpiano direito

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
HUT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23-Diagnóstico Inicial:

Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos

24-CID Princ. 15-CID Sec. 16-CID C.A.

564

PROCEDIMENTO SOLICITADO

6-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020377

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPLANOS

Tempo

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

02 01 CPF

643.843.143-53

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA

01/06/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

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

50-Ass.Carijina (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Pedro Pedro Soares de Souza

Unidade: PARCERIA RICARDO

Consulta Local: 667781

Consulta SUS:

Impressão: 01/06/2018 21:27:44

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

109276

Internação:

215546

Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

End. Resid.: RUA 04 N 2365 - BOA VISTA

CEP: 65630-020

Cidade: TIMON - MA

Sexo: Masculino	Nascimento: 28/02/1987	Idade: 31a:3m:4d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: SERVIDOR PÚBLICO
Internação		Alta		Permanência
Data 01/06/2018	Hora 21:27	Data / /	Hora : :	

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod. CID:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

MEDICAÇÕES:

Juno Silvana Lima Dias de Souza
Matrícula: 047462
HUT
CONFERIDO ORIGINAL

CIRURGIA: Data: / / Tipo: / /

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: Curado Melhorado Pedido Evasão Administrativa
 Óbito Transferência outro serviço Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Enfermeiro/Residente

Seu nome - apêto de saída o
louvor

PRESCRIÇÃO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 183199
AIH: 2218100351693

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UEP: PROMORARCNES
287971ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON KOCHA - HUTCNES
5628856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		28/02/1987	M	109276
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
			SILVANA SOARES DE OLIVEIRA	LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE	
				2365	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
BOA ESPERANÇA			ESMOB	MA	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DA CABEÇA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA CONFIRMADA POR RAIOS X

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23/06/2018

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

CID 10 SECUNDARIO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nogueira CEP: 6400-000
CID 10 CAUSAS SECUNDARIAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISIARIA DOS METACARPIANOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

15/06/2018

EDUARDO REGIS DE ALMEIDA BONA MIRANDA

CPF: 64435121387

CRM:

DATA ADMISSÃO
15/06/2018 20:44DATA ALTA
16/06/2018 14:45

MOTIVO ALTA

TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBO/N NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE/ AVALIAÇÃO /
AUDITORIAERICA PATRICIA CHAVES
CPF: 89671341349

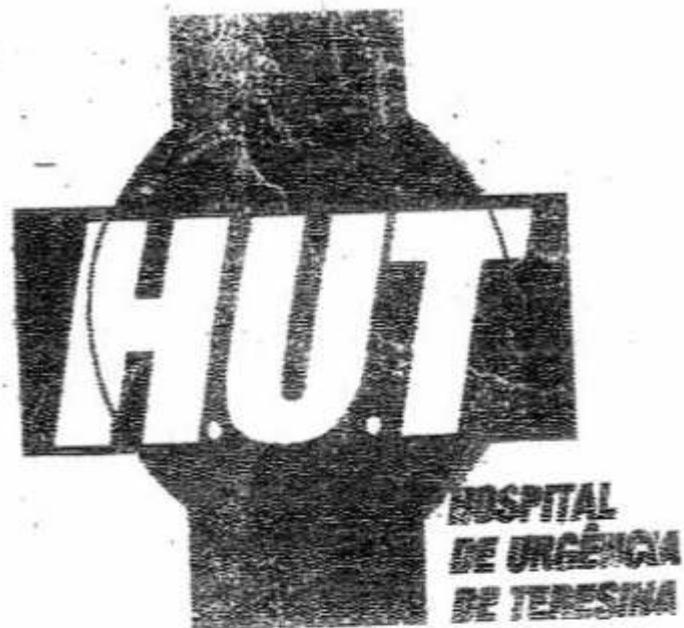
CRM:

DATA ANÁLISE: 15/06/2018 23:16:41

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



NOME DO PACIENTE: Rebeco Soares de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 109976

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

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".



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		Prontuário: 109276
Mãe: SIVANA SOARES DE OLIVEIRA	Pai:	
End. Resid.: RUA 04 N 2365 - BOA VISTA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 28/02/1987	Idade: 31a3m15d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3212-3616
Responsável: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		CNS: 898002310858961
Profissão: SERVIDOR PÚBLICO		Documento: RG: 50106457 - SSP PI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 669981	Data: 15/06/2018 20:44:48	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: QUEDA MESMO NÍVEL		Convênio: S U S
cid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: W199

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Edema	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Verde
Breve História: PACIENTE APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MÃO DIREITA APÓS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA. ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA.		Profissional Clas. Risco: RAYLTON DA SILVA CARDOSO COREN 324211 Em: 15/06/2018 20:52:57	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

15/06/2018 20:44:48

Via: Rod. Anh.

PA ____ x ____ mmHg | P脉: _____ | FC: _____ bpm | Temp: _____

Diagnóstico Inicial: _____

CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Jane Simões Lima Dias de Souza Matrícula: 047467 GME - HUT CONFERENCIA O ORIGINAL
23 OUT 2018			
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: / / .		HORA: : .	Procedimento _____ CID _____

Luciano Soares de Oliveira

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 258761806	Nº REGULAÇÃO: 30037	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA	NASCIMENTO: 28/02/1987	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE COM FRATURA DA CABEÇA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA CONFIRMADA POR RAIOS X

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 15/06/2018 20:08:10

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CNES

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

2679663

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

CNES

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		28/02/1987	109276	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL	
		SILVANA SOARES DE OLIVEIRA		LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			NUMERO / LOTE	
				2365	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
BOA ESPERANÇA I			TIMON		MA

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA

0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

CÓDIGO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISIÁRIO DOS METACARPIANOS

0408020377

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

CÓDIGO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA

0308010019

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO | T111

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente apresentando dor e edema em mão direita após queda da própria altura. Com histórico de trauma no local (dia 01/06) após acidente motociclistico. Raio-x evidencia fratura do colo do 4º metacarpo. Internado para tratamento cirúrgico, paciente transferido para realizar o procedimento em outro estabelecimento.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

CNS SOLICITANTE

DATA SOLICITAÇÃO

980016281474827

20/06/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIA

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

20/06/2018 13:44:24

José Souto Lima Dias de Souza
Município: 047487
Série: HUT
CONFIRMO O ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

MP 0308030059 (T 39)

216561
103199 AutônomoLAUDO 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	3-Código da Internação: 216567
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA	6 - Prontuário: 109276		
7-CNS: 898002310858961	8-Nascimento: 28/02/1987	9-Sexo: Masculino	RG: 50106457 - SSP PI
11-Mãe: SIVANA SOARES DE OLIVEIRA			12-Fone: 86- 3212-3616
13-Resp: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA 04 N 2365 - BOA VISTA - CEP: 65630-020			
16-Munic: TIJUCA	17-Cod. IBGE: 211220	18-UF: MA	19-CEP: 65630-020

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE TRAUMA NA MÃO DIREITA DIA 01/06 APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC)
AO EXAME: DESVIO ROTACIONAL DO 4º DEDO, BOA PERFUSÃO DISTAL
RX DA MÃO DIREITA - FRATURA DO COLO DO 4º METACARPO
CONDUTA: IMOBILIZAÇÃO
INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES DE IMAGEM

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outros ossos do metacarpo

Lara Sônia Lima Dias de Souza
Assistente: 047467
HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA

CONFIRME COM O DIRETORIAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Oscar Freire Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64000-000
Tijucapá-PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020377	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS	24-CID Fria: S623	Tempo
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 644.351.213-87	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA	34-Data Solicitação: 15/06/2018
			35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM): Dr. Eduardo Régis de A. Bona Miranda Ortopedista e Traumatologista CRM-PI: 4809 TEF: 12418

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-CBOR:
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 Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	06/07/18	
48-Documento:	49-Num. Documento:	
(<input type="checkbox"/>) CNS	(<input type="checkbox"/>) CPF	Usuário: (EDUARDO) Consulta Local: 669981 Consulta SUS: Impressão: 15/06/2018 21:57:08

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 103199

AIH: 2218100351093

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORARCNES
2679663ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		28/02/1987	M	109276
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		SILVANA SOARES DE OLIVEIRA	LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
			2365		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
BOA ESPERANÇA 1			TIMON	MA	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DA CABECA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA CONFIRMADA POR RAIOS X

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISIARIA DOS METACARPIANOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/NO

CONSELHO))

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADOCARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

15/06/2018

EDUARDO REGIS DE ALencar Bona Miranda

CPF: 64435121387

CRM:

23 OUT 2018

DATA ADMISSÃO
15/06/2018 20:44DATA ALTA
16/06/2018 14:45

MOTIVO ALTA

TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Log C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
ERICA PATRICIA CHAVES CPF: 89671341349	CRM: DATA ANÁLISE: 15/06/2018 23:16:41

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2019

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-570 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 669981
 Imp: 15/06/2018 21:54:54

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

<u>Nome:</u>	LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		<u>Prontuário:</u>	109276	<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>	
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>		<u>Peso (Kg):</u>	0,00	<u>Altura (m):</u>	0,00	<u>IMC (Kg/m²):</u> 0,00

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO:

HORA: T: P: R/SatO2: PA: Dor: Glicemias Diurese

SINAIS VITais:

<u>ITEM:</u>	<u>1. DIETA GERAL</u>
	<u>2. DIPIRONA GOTAS - 40 GOTAS VO DE 8/8 HORAS SE DOR</u>
	<u>3. TRAMAL 50MG - 1 COMPRIMIDO VO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE</u>

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

06:10 - Pct consciente, orientado, eup-
 mico, na febre. Abito dito. Elu-
 minos fisiológicos +.
 Aquecida cunha. Enxaflata.
 Correnteles. +35

Dr. Eduardo Regis de A. Bona Miranda
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-PI: 4809 TECR: 12418

DEPARTAMENTOS DE SINISTRA
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 23 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja 6
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI





BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		Prontuário: 109276
Mãe: SIVANA SOARES DE OLIVEIRA	Pai:	
End. Resid.: RUA 04 N 2365 - BOA VISTA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 28/02/1987	Idade: 31a3m15d	Sexo: Masculino
		Fone: 86- 3212-3616
Responsável: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		CNS: 898002310858961
Profissão: SERVIDOR PÚBLICO		Documento: RG: 50106457 - SSP PI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 669981	Entrada: 15/06/2018 20:44:48	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA MESMO NÍVEL			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
--	--------------------------------	----------------------

Breve História Clas. Risco: PACIENTE APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MÃO DIREITA APÓS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA. ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA.	RAYLTON DA SILVA CARDOSO COREN 324211 Em: 15/06/2018 20:52:57
---	--

SSVV:	(Hora: ____ : ____)	
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²
Pulso: bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAUMA NA MÃO DIREITA DIA 01/06 APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC)
 AO EXAME: DESVIO ROTACIONAL DO 4º DEDO, BOA PERFUSÃO DISTAL
 RX DA MÃO DIREITA - FRATURA DO COLO DO 4º METACARPO
 CONDUTA: IMOBILIZAÇÃO
 INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

*José Sivana Soares Dias de Souza
 Matrícula: 047467
 SAMU HUT
 CONFERE COMO ORIGINAL*

Diagnóstico Inicial: Fratura de outros ossos do metacarpo	CID: S623
---	---------------------

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2010

Exames Complementares: RX DA MÃO DIREITA - FRATURA DO COLO DO 4º METACARPO
--

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

Prescrição Médica:

- DIETA GERAL
- DIPIRONA GOTAS - 40 GOTAS VO DE 8/8 HORAS SE DOR
- TRAMAL 50MG - 1 COMPRIMIDO VO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: Eduardo Regis de Alencar Bona Miranda
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-PI: 4809 TEOF: 12418

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
 CRM PI - 4809 Em: 15/06/2018 21:54:53



GOVERNÓ DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

Confere com o(a) original
foi apresentado(a) e dou fé
En. 16/10/18

Setor do Arquivo Técnico

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Luciane Soares de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 334 582

Obs: Não fornecemos 2ª via.

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

708101596679335 LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

NASCIMENTO SEXO PRONTUARIO

28/07/1987 M 334582

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MAE

025.742.113-08 8632123616 SIVANA SOARES DE OLIVEIRA

RESPONSAVEL

SIVANA SOARES DE OLIVEIRA

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

2365

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICIPIO

UF

BOA VISTA

TERESINA

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE DE 31 ANOS SOFRERU QURDA DO MESMO NIVEL, COM TRAUMA EM MÃO DIREITA, BOM ESTADO GERAL, CONSCIENTE, HUMÍNICO E ORIENTADO.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRANSFUSÃOPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RAIO X DA MÃO DIREITA: ACUSA FRATURA DO 4º METATARSO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S62.3 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408070377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/SAO FISARIA DOS METACARPIANOS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

TIPO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE DO CONSELHO

ASSINATURA/CARIMBO (Nº
23 OUT 2018)

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

16/06/2018

JOSE ANTONIO DIAS FILHO

CRM:

CPF: 48153834304

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-470
Teresina - PI

DATA ADMISSÃO

16/06/2018 15:36

DATA ALTA

26/06/2018 15:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA E/SAO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE
AVALIAÇÃO / AUDITORIALUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA
CPF: 46261079315 CRM:DATA ANÁLISE: 16/06/2018
18:26:31

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

José Henrique Vizoraneles Reis 19/01/1983
RGFM 105198193-7 / Mat. 144653-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		16/06/2018
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		Pront.: 334582
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 28/02/1987 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO		
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 689013	Enfermaria: POSTO II	ENF 214 LEITO
CLÍNICA		Leito: 214		
		Pai: JOAO ARAUJO SILVA		
		Mãe: SILVANA SOARES DE OLIVEIRA		
Médico Assistente		RG: 5010645		
		Residência:		
Permanência		RUA 4 Nr.: 2365 Cep: 65636828	Bairro: LOTEAMENTO BOA VISTA Cidade: TIMON Telefone: 99 - 82027014	
CLÍNICA				

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Permitir con los límites fijados
a los doctores

DIAGNÓSTICO

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação 16/06/2018 15:28:02	Data da Alta: 01/07/2018	Data da Hospitalização / /
ALTA		
Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inhalerado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
<div style="text-align: right; margin-top: -20px;"> <i>Dr. Ferdinand F. Ortopedista</i> </div>		
<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação		

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC 035.3

105 Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 25 / 06 / 18
Nº DO PRONTUÁRIO 500463 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

1. Paciente em 2041 sob anestesia + nupercaine + artrose + fratura esternal
2. Membro se reduz com injeção + fixado com 2 pinos de Kirschner
3. Radioscopia
4. curativos + tule geral



Cirurgia: Frat 4º metacôrno ms do mto

Cirurgião: Dr Ferdinand

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia
cirurgia do Ombro e Cotovelo
+51 3097-11020

Luis Henrique Vasconcelos Reis 79 TEC
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 107492

NOME.....: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 01/07/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 26/06/2018

IDADE: 31 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 35258

RX MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita realizado nas incidências em AP e oblíqua demonstra:

- Fratura na diáfise média do quarto metacarpo fixada com fios metálicos.
- Superfícies articulares preservadas.
- Tala gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle pós operatório.



Ivan Gomes
IVAN FONTENELE GOMES
 CRM-2426-PI

Av. Hélio Cunha, 1542 – Ihotê – Teresina-PI
 CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.153/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
 Fax: (86) 3216-1520

Ed. Henrique Vasconcelos Reis
 RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
 Chefe do Setor do Arquivo Técnico



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 23/06/04
Nº DO PRONTUÁRIO _____ SALA _____
CÓD DA CIRURGIA: _____

Nome: Lucas Santos de Oliveira Idade: 31 Sexo: M ASA: I
Procedimento: Extrato de Meato Uro Dg Anf/Ent e Letax:
Cirurgião: Dr. Fernando Aux: Anest: Unicel Anestesia: Loso Rocca e J. S. G.
Instr: Circ: Início: 10h Fim: 14h Sala:
P.A. F.C. Peso: Hto: Glicemia: Creatina: Respir:

MONITORIZAÇÃO

X: anestesia profunda. V.P.A.: S. PA. MEDIOS
I: Freqüência cardíaca. A.P.A.: pressão arterial. Freqüência respiratória.

PA (mmHg) 120 100 140
F.C. (bpm) 100 80 120

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Técnica Anestésica: 100% levo isoflurano + sevofl.	MONITORAÇÃO	DURACAO 48
Comentários Adicionais: - Rota intraluminal de extubação - Alívio de pressão - Cessar de flutuabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> PAM <input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> Cagnógrafo <input type="checkbox"/> PVC
	Dados Soproto: 1-1 N ₂ O: 1-1 Ar Medic: 1-1	Várias Início Fim Tempo

MONITORAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Cagnôgrafo	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>

DADOS		Volume	Veloc.	Res.	Tempo
Despl.:	1 - 3				
N ₂ O:	1 - 3				
Ar. Mystic:	1 - 3				

Medicamentos Utimod (M-1) 2105	
Adrenalina	Amp
Água dest. 10ml	Amp
Atropina	Amp
Baxtra	Amp
Bromopirida	Amp
Cefazolina 1g	Fr
Cefatolina	Fr
Ciprofloxacina	Fr
Cloridr.	Amp
Coloide ()	Fr
Desametazazona	Amp
Diazepam	Amp
Diltoraf mg	Amp
Dipiroca	Amp
Dolatina	Amp
Droperidol	Amp
Efortil	Amp
Efrédin	Amp
Enflurano	ml
Fentanil	ml
Fentanil (S/C)	Amp
Holetano	ml
Hidrocortisona	ml
Isoflurano	ml
Jeico n°	Lind
Lidocaína 2% V	Fr
Metaclopramida	Amp
Mantol	Fr
Mirtazolam	Fr
Metranidazol	Fr
Nescaína Psa 0,5%	Amp
Narcan	Amp
Novabugl 0,5%	Fr
Nutrain	Amp
Neocalma 1% V	Fr
Neocalma 0,5% Isobar	Amp
Neostigmina	Amp
Omeprazol	Fr
Ondasetrona	Amp
Poliss. Cel	Fr
Pancurônio	Amp
Pralendil	Fr
Propofol ml	Amp
Ranitidina	Amp
Quelicin	Amp
Quetamina ml	ml
Remifentanil	Fr
Ringer-lactado	Fr
S. Fisiológico 0,9% ml	Fr
S. Glicosado 5% ml	Fr
Scalp n°	Und
Tracur	Amp
Tilitil	Fr
Tiopental	Fr

CRM-2005



DEPARTAMENTOS
DPVA
CONTEÚDO NÃO

23 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Ceará de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CE
Teresina



Dr. 197492
Padre Luciano Soares de Oliveira
Idade: 031Y
Sexo: M

[Signature]
Luiz Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

07/257



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 106363

PACIENTE: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

NOME DA MÃE: SILVANA SOARES DE OLIVEIRA

DATA DO NASCIMENTO: 28/02/1987

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 16/06/2018

DATA DO LAUDO: 27/06/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA MAO DIREITA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa, desalinhada, cominutiva, na extremidade distal do quarto metacarpo.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.



Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326



HIPM

Mr. 112888
Patient: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA
Idade: 031Y
Sexo: M



DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Novo Hamburgo - RS
51402-470

Luis Henrique Mazzoni dos Reis
RG/RN 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Acidentes

Hour: 09:59
Exame: 17/09/2018

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIANOME DO HOSPITAL: HUTCONTATO FEITO COM: CHIMCONFIRMADO A VAGA: SIM NÃO ID: 3080
16/06

6 FSTUR + 103199

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENOME: Juliano Henrique de OliveiraIDADE: 31 ESTADO CIVIL: SOLTEIROENDERECO: Rua Vinte e Três - 142RESPONSÁVEL: 708 3035 9667 9335**II - TRANSFERÊNCIA**CLÍNICO CIRÚRGICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

CONDICIONES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

EXAMES REALIZADOS:

Rx de tórax D → futura da 4º metade

DIAGNÓSTICO:

Rx metacarpo 560.3
Urgognos +

TRATAMENTO REALIZADO:

Evoluiu bem

Luis Henrique Vasconcelos Reis 2º TCM
RGPM 105198193-2 / Mat. 14465-9
Chefe do Setor do Atendimento

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Nas férias de férias CHIM

DATA: 16/06/2018

111



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 102343
ATENDIMENTO: 689013
PACIENTE: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA
DATA DO NASCIMENTO: 28/02/1987
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO: 02

DATA:18/06/2018

SEXO: M
IDADE: 31a 3m 19d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

hemoglobina.....: 11,00g/dl
 Hematocrito.....: 39,0%

Valores de Referências
Homem Mulher
4,5 - 6,5 3,9 - 5,8
13,5 - 18,0 11,5 - 16,4
40,0 - 54,0 36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Temperature: 20°C and $300\text{mJ}/\text{m}^2$

Valores Referêncios

Bastões	:	71
Segmentados	:	2
Eosinofilos	:	26
Basofilos	:	1
Linfócitos	:	1
Monócitos	:	1
Mieloíticos	:	
Amieloíticos	:	
Ócitos	:	

3 - 5 %
 50 - 66 %
 2 - 4 %
 0 - 1 %
 20 - 30%
 4 - 8 %
 0 - 0 %
 0 - 0 %

OBS: DISCRETA HIPOCRONIA

100.000 m³/3 a 400.000

Platt

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAF. 400PM - FARMAC. BIOQUIMICO
CRE-31-246

NAME: TINO E. FERRSIRA
ADDRESS: 1000
CITY: BOSTON
STATE: MASS.
ZIP: 02108

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacéutico-Bioquímico
CRF-PI 0965



POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



21/11/2018

NOME: **LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA**
MÉDICO
CONVÉNIO: **SUS**

IDADE: **31 anos**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

Hemácias em milhões/mm³
Hemoglobina em g/dl
Hematócrito em %

VALORES ENCONTRADOS

4900,00

45,0

14,9

VALORES DE REFERENCIA

HOMEM

4,5 - 6,5

MULHER

3,9 - 5,8

13,5 - 18,0

11,5 - 16,4

40,0 - 54,0

36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: **Hemácias normocíticas e normocrônicas.**

LEUCOGRAMA

Leucócitos por mm³

VALOR ENCONTRADO

7.300

REFERENCIAL

4.000 10.000

Bastões
Segmentados
Eosinófilos
Basófilos
Linfócitos
Monócitos
Metamielócitos
Mielócitos

	%	REFERENCIAL
Bastões	0	2
Segmentados	71	50
Eosinófilos	1	2
Basófilos	0	0
Linfócitos	27	20
Monócitos	27	4
Metamielócitos	0	0
Mielócitos	0	0

	ABSOLUTO	REFERENCIAL
Bastões	120	500
Segmentados	2000	6600
Eosinófilos	80	400
Basófilos	0	100
Linfócitos	800	3000
Monócitos	160	600
Metamielócitos	0	100
Mielócitos	0	0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

200.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: **Plaquetas Morfológicamente normais e bem distribuídas**

TERESINA, 17 DE JUNHO DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP.QOPM - FARMAC. BIOQUÍMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Luis Henrique Vassouras dos Reis - TEC
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8

POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **LUCIANO SOARES OLIVEIRA** IDADE: **31 ANOS**
 MEDICO
 CONVENIO: **SUS**

COAGULOGRAMA

RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO: **02 min. 00 seg.** REFERENCIAL:
 Até 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO: **10 min. 00 seg.** De 5 min. Até 10 min.

PROVA DO LAÇO: **NEGATIVO** Negativa

RETRAÇÃO DO COÁGULO: **TOTAL** Normal

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE **96 mg/dl** 70 - 99 mg/dl

UREIA **30 mg/dl** 15 - 40 mg/dl

CREATININA **1 mg/dl** 0,4 - 1,4 mg/dl



TERESINA, 17 DE JUNHO DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
 CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUÍMICO
 CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

[Signature]
 Luis Henrique Viscacela Reis
 RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
 Chefe do Setor do Arquivo Técnico



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**

ENTUS LE SINISTRA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 OUT 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64002-470
Teresina - PI

24
HORAS

Paciente: 265017 LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

D: 265017

DATA 20180601

CONT:

W/L: 4096 2048

ZOOM: 107.21%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1



KV:

MAS:

DRX-1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

D: 265017

DATA 20180601

CONT:

THICK:

MATRIZ: 2884 x2187

FOV: 374 mm x 213 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 106.69%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1



KV:

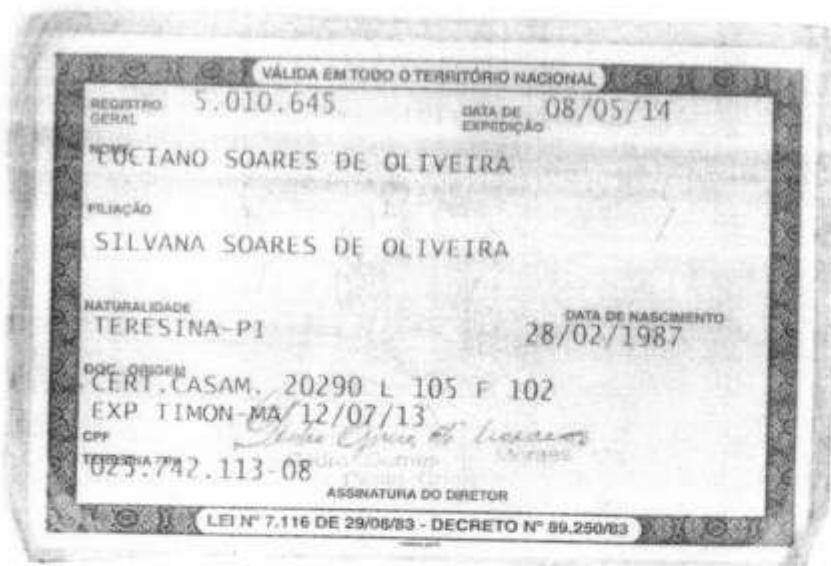
MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 2870 x2143

FOV: 374 mm x 213 mm



LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.280/83

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

025.742.113-08

Nome completo da vítima

Luciano Soares de oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

R. 04

Bairro

Boa Vista

Email

CPF titular da conta

025.742.113-08

Profissão

servidor público

Número

2365

Complemento

Estado

maranhão

CEP

65636-720

Telefone (DDD)

Cidade

Timon

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

'CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome:

NRG:

AGÊNCIA

NRG:

9637 3 885230 8

D/V

CONTA

NRG:

D/V

AGÊNCIA

NRG:

D/V

CONTA

NRG:

D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 13 de outubro de 18

Local e Data

Luciano Soares de oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



5/3

Imp: 01/06/2018 20:41:25

Nome: MARIA ELIZABETH
Data: 01/06/2018

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		Prontuário: 109276
Mãe: SIVANA SOARES DE OLIVEIRA	Pai:	
End. Resid.: RUA 04 N 2365 - BOA VISTA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 28/02/1987	Idade: 31a:3m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-3212-3616
Responsável: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA		CNS: 898002310958961
Profissão: SERVIDOR PÚBLICO		CPF: 4.001.101.001-07 - SSP PI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 667781	Data: 01/06/2018 20:40:00	Condução: VEÍCULO PÁGATO 07 DE MOTOCICLO
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Condições: U S
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente metocicleta (ciclopaté) há + 1h. Abraceava cérion geríaco, B + espasmo. MV presente bilateralmente e queimaduras orientadas C+BL em 2T, vulva vermigera, adensão placenta, vulva + palpação, perus estéril. Dr. Gleryan-15, pupilas irregulares + ptose esquerda + reflexos em dedo anelar ①. SatO₂ - 98%.

RAIO-X REALIZADO

DATA: 01/06/2018

BPM: 78 - TEMP.: 36,5 - CID:

PA: 100 x 70 mmHg - PULSO: 77 - DEPARTAMENTOS DE SINISTROS: DPVAT

Diagnóstico Inicial: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: 23 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-420
Teresina-PI

Solicite: RX de mós ①

Melhorado Administrativa
 Curado Por Indisciplina
 Inalterado Por Evasão
 A Pedido

Retornar à Unid. Origem: _____
 Transferência: _____

DATA SAÍDA: / / - HORA: : -

Até 24 Hs Família
 De 24 a 48 Hs IML
 Após 48 Hs Anat. Patol.

 Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

040802-0377

CID Compatível:

562.4

DR. ARTUR
ORTOPEDISTA
CRM: 2
Prof. Solicitante
Internação: