

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 CIRURGICA;

24

HORAS



Data Teresina 15 de Junho de 2018

[Handwritten signature]
N. Costa Mendes Coutinho
Ortopedia e Traumatologia

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 RADIOLOGICO *****

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

Paciente: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

Solicitante: DR CLAUDIO NOGUEIRA

Cópio: 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 Fe
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Raunico soares de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 109976

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

ORTOPEDIA

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

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 | | CMS: 898002310858961 | |
| Profissão: SERVIDOR PUBLICO | | CPF: * RG: 50130437 - ISE PI | |
| G. Instrução: Médio Completo | | E.Civil: Solteiro(a) | |
| End.Local.: - - - | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|--|----------------------------------|---|-----------------------------|
| Código: 667781 | Data: 01/06/2018 20:40:00 | Condução: VEICULO PATIATO DO DE TRAFICANTE | |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | Convênio: S S S | |
| Acid.Trab.: Não | Trajetos?: Não | Tipico: Não | CID Secundário: V299 |

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico (c/ capacete) há ± 1h. A vítima
 vítima de trauma. B + supracostal. MV presente, bilateral. S / fraturas evidentes
 C e L 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

RAIO-X REALIZADO

DATA 01/06/2018

| | | |
|----------------------|-----------|--|
| PA 100 X 70 mmHg | Pulso: 77 | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| Diagnóstico Inicial: | | |

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: 23 JUN 2018

Soluto: RX de mão ①

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-400
 Teresina-PI

DR. ARTUR
 ORTOPEDIA
 CRM 2
 Prof. Solicitante
 Internação:

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido | | <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão | | <input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem <input type="checkbox"/> Transferência: | |
| DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs | | <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol. | | DATA SAÍDA: / / HORA: : : | |
| ÓBITO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs | | <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol. | | Procéd. Solicitado: 040802-0377 CID Compatível: 562.4 | |

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - SE



215541

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

No. de Autorização de Internação Hospitalar (A.H.)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

2-CHES 5828856
1-CHES 5828856
Código de Internação 215

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA**

7-CNS: **898002310858961** 8-Nascimento: **28/02/1987** 9-Sexo: **Masculino** RG: **50106457 - SSP P**

11-Mãe: **SIVANA SOARES DE OLIVEIRA** 12-Prontuário: **65- 3212-36**

13-Resp: **LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA** 14-Cor: **Sem Informa**

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

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*trauma no D + no D
fratura 4º metacarpo no D*

21 - Condições que justificam a internação:

as as

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

no D

23-Diagnóstico Inicial:

Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos**PROCEDIMENTO SOLICITADO**26-Cod.Proced.: **0408020377** 27-Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 643.843.143-5333-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA** 34-Data Solicitação:
01/06/2018**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36- () Acidente de Trânsito 39-CNPJ Seguradora: 40-Id. Segurado: 41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico 42-CNPJ Empresa: 43-Data Empresa: 44-CBOR:

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-Docum.: 49-Num. Documento: 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Arthur Sampaio Soares de Sousa

Unidade: **ARMANDO RICARDO**
Consulta Local: **867781**
Consulta SUS:
Impressão: **01/06/2018 21:27.4**

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

Cidade: TIMON - MA

CEP: 65630-020

Sexo: Masculino

Nascimento: 28/02/1987

Idade: 31a:3m:4d

Estado Civil: Solteiro(a)

Profissão: SERVIDOR PÚBLICO

Permanência:

Internação

Alta

Data: 01/06/2018

Hora: 21:27

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Cod. CID:

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

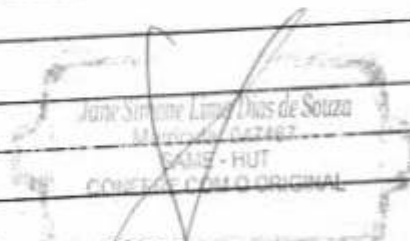
CID Causa Morte:

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

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



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/Assistente/Residente

sem outro - registro de residência
- lavagem

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|---------|-------------|-------|
| NOME DO PACIENTE | | PRONTUÁRIO | D. NASCIMENTO | CLÍNICA | ENF ou APT. | LEITO |
| Luciano Farias de Oliveira | | 109976 | 28.02.1981 | | | |
| DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES | | ALÉRGICAS | MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE | | | |
| 31. Ovarios metácarpo (31e) | | HORÁRIO | | | | |
| DATA: 14/08/2018 | | OBSERVAÇÕES | | | | |
| <p>6-18 Dias S. P. Aguardar Nutricionista CRAB - 5945</p> <p>1) B. o. e. h. e. - 110 pr. - 6/6/64 SN</p> <p>2) Traumaq. 50 pr. - 1 pr. - 8/8/84 SN</p> <p>3) SS VV 6/6/64</p> | | <p>24.11.5 - Paciente transferido ao HPN.</p> <p>Justificativa: Paciente transferido ao HPN.</p> <p>CRAB - 5945</p> <p>CRAB - 5945</p> | | | | |

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
Teresinã-PI



AO 4/24

for

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

Nº LAUDO: 103199

AIH: 2218100351693

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UDE- PROMORAR

CNES

287907

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR TENON KOCHA - HUT

CNES

362856

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 | ENDEREÇO - LOGRADOURO | NUMERO / LOTE | | |
| | | 2365 | | |
| BAIRRO | COMPLEMENTO | MUNICÍPIO | UF | |
| BOA ESPERANÇA I | | TERESINA | 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 RAIO X

CONDIÇÕES 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



PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO Nº DO CONSELHO)

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CPF: 64435121387 CRM:

**CARÁTER
URGENCIA**

DATA SOLICITAÇÃO

15/06/2018

DATA ADMISSÃO

15/06/2018 20:44

DATA ALTA

16/06/2018 14:45

MOTIVO ALTA

TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)

ERICA PATRICIA CHAVES
CPF: 89671341349 CRM:

DATA ANÁLISE: 15/06/2018 23:16:41

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRÓLAVEL AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



NOME DO PACIENTE: Raunico Soares de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 109276

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".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 15/06/2018 20:52:58

(User: RAYLTON)

(Estação: ACCR01)

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 PUBLICO | | 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: ____:____)

fratura do 2º AV M. Médio me (1)

Via de fratura Anter.

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

Dr. Simone Lima Dias de Sousa
Médico de Urgência - HUT
CRM-PI: 047467
CONFERE COM O ORIGINAL

| | | | |
|-----------------------------|-------------|--------------|-------------|
| PA ____ X ____ mmHg | Pulso: ____ | FC: ____ bpm | Temp.: ____ |
| Diagnóstico Inicial: | | | CID: |

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

| | | |
|---|---|--|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | | Se Internação, indique o Procedimento e CID |
| 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 | |
| DATA: ____/____/____ | HORA: ____:____ | Procedimento _____ CID _____ |

Luciano Soares de Oliveira

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

| | | |
|--|----------------------------|--|
| 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 URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | | |
| LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | | |
| 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

Jane Simone Lima Dias de Souza
Matriculada: 047487
SAME - HUT
CONFERE COM 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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 103199
AIH: 2218100351093

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

CNES

2679663

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

NASCIMENTO

28/02/1987

PRONTUÁRIO

109276

SEXO

M

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

SILVANA SOARES DE OLIVEIRA

RESPONSÁVEL

LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

NUMERO / LOTE

2365

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

BOA ESPERANÇA I

TIMON

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METACARPANOS

CÓDIGO

0408020377

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

CÓDIGO

0308010019

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NIVEL NAO 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

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016281474827

DATA SOLICITAÇÃO

20/06/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

20/06/2018 13:44:24

Jane Simone Lima Dias de Souza
Matrícula: 047467
SAME - HUT
CONFERE COM 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)

0308030039 (T300)

103199

216567

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 2-CNES 5828856 | Código da Internação |
| 3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 4-CNES 5828856 | 216567 |

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: TIMON | 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 PERFUSAO 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 CIRURGICO22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
ANAMNESE + EXAME FISICO + EXAMES DE IMAGEM23-Diagnóstico Inicial:
Fratura de outros ossos do metacarpo24-CID Prim:
S623

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408020377** 27-Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPANOS29-Clinica: **02** 30-Caráter: Ident.: **01** 31-Docum.: **CPF** 32-Doc. Méd. Solic.: **644.351.213-87**33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA34-Data Solicitação:
15/06/2018GENTE SEGURADORA S.A.
Rua General de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64010-000
(Teresina-PI)DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

| | | | |
|---|---------------------|------------------|-----------|
| 36- () Acidente de Trânsito | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No. Bilhete: | 41-Série: |
| 37- () Acidente Trabalho Típico | 42-CNPJ Empresa: | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOR: |
| 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: 06/07/18 | 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): |
| 48-Documeto: () CNS () CPF | 49-Num. Documento: | 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: |
| | | Usuário: (EDUARDO) Consulta Local: 669981 Consulta SUS: Impressão: 15/06/2018 21:57:08 |

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

Nº LAUDO: 103199
AIH: 2218100351093



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

CNES

2679663

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

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 | ENDEREÇO - LOGRADOURO | | | NUMERO / LOTE |
| | | | | 2365 |
| BAIRRO | COMPLEMENTO | MUNICÍPIO | UF | |
| BOA ESPERANCA I | | TIMON | 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 RAO X

CONDIÇÕES 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 CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METACARPANOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

EDUARDO REIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CPF: 64435121387

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
15/06/2018

DATA ADMISSÃO
15/06/2018 20:44

DATA ALTA
16/06/2018 14:45

MOTIVO ALTA
TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

| | |
|---|---|
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) | NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA |
| ERICA PATRICIA CHAVES CPF: 89671341349 CRM: | DATA ANALISE: 15/06/2018 22:16:41 CPF: CRM: DATA ANALISE: |

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
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



| | | | | | |
|--|--|------------|---------------|---|-------|
| NOME DO PACIENTE | | PRONTUÁRIO | D. NASCIMENTO | ENF. ou APT. | LEITO |
| Luciano Soares de Oliveira | | 109976 | 28.02.1981 | | |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES | | ALERCIAS | | MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE | |
| J. 1. OMS Metacarpo 31e | | | | | |
| DATA: 16/08/18 HORA: 1 | | HORÁRIO | | OBSERVAÇÕES | |
| D. 1. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | 31.45 - Paciente transferido ao HPM. Juclia Aguiar Enfermeiro CORREN - PI 177.804 | |
| D. 2. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 3. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 4. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 5. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 6. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 7. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 8. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 9. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 10. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 11. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 12. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 13. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 14. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 15. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 16. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 17. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 18. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 19. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 20. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 21. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 22. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 23. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 24. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 25. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 26. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 27. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 28. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 29. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |
| D. 30. 0105 S. P. Aguer Nutricionista CRM-5845 | | | | | |



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

Imp: 15/06/2018 21:54:54
(User: EDUARDO)
(Estação: GESS002)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 109276

Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

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 PUBLICO

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: S U S

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/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAUMA NA MÃO DIREITA DIA 01/06 APÓS 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

Jane Simone Lima Dias de Souza
Médica: 047467
SME - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL

Diagnóstico Inicial:

Fratura de outros ossos do metacarpo

CID:
S623

Exames Complementares:

RX DA MÃO DIREITA - FRATURA DO COLO DO 4º METACARPO

Prescrição Médica:

1. DIETA GERAL
2. DIFIRONA GOTAS - 40 GOTAS VO DE 8/8 HORAS SE DOR
3. TRAMAL 50MG - 1 COMPRIMIDO VO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

EDUARDO REGIS DE A. BONA MIRANDA
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4809 TEOT: 12418

Assinatura Paciente ou Responsável

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

DEPARTAMENTO 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



GOVERNÔ 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 Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Confere com o(a) original
foi apresentado(a) e deu fe
Em, 16/10/18

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

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

NOME DO PACIENTE: Luciano Soares de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 334 582

Obs: Não fornecemos 2ª via.

[Signature]
Luiz 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."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - IIPM

CNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

708101596679335 LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

28/02/1987 M 334582

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE

025.742.113 08 8632123616 SILVANA SOARES DE OLIVEIRA

RESPONSÁVEL

SILVANA SOARES DE OLIVEIRA

CPF ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

2365

BAIRRO

BOA VISTA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE DE 31 ANOS SOFREU QUIDA DO MESMO NÍVEL COM TRAUMA EM MÃO DIREITA. BOM ESTADO GERAL. CONSCIENTE, RESPONSA E ORIENTADO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFUSÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X DA MÃO DIREITA: ACUSA FRATURA DO 4º METACARPO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LÍZAO FISARIA DOS METACARPÍANOS

FETO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (DO CONSELHO)

JOSE ANTONIO DIAS FILHO
CPF: 48153834304DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

(ASSINATURA/CARIMBO(Nº

23 OUT 2018

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

CARACTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

16/06/2018

DATA ADMISSÃO

16/06/2018 15:36

DATA AÍTA

26/06/2018 15:00

MOTIVO AÍTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ

SEGURADORA

Nº DO BILHETE SÉRIE

CNPJ DA

EMPRESA

CNAE

EMPRESA

CBOR NATUREZA DA

LÍZAO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

LUCIANA RIBEIRO FORMICA ROCHA

CPF: 480610/9315

CRM:

DATA ANÁLISE: 16/06/2018
18:25:31

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198199-2 / Matr. 14135-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

689013

Identificação do Paciente

5 - Nome: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

6 - Prontuário: 334582

7 - CNS: 708101596679335

8 - Nascimento: 28/02/1987

9 - Sexo: M

CPF: 025.742.113-08

1 - Mãe: SILVANA SOARES DE OLIVEIRA

12 - Fone: 99-8.2027014

11 - Resp: SILVANA SOARES DE OLIVEIRA

14 - Cor: PARDA

10 - Ender: RUA 4

2365 LOTEAMENTO 19 - CEP: 65636-828

10 - Munic: TIMON

17 - Cod. IBGE: 211220 18 - UF: MA RG: 50106-45

Justificativa da Internação

21 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Depressão acutizada de trânsito com transtorno no sono

2 - Condições que justificam a Internação:

Transtorno de ansiedade

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx + exame físico

23 - Diagnóstico Inicial:

Fase 4 de transtorno de ansiedade

24 - Cid Princ.: 5623

25 - Cid Sec.:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
26 - Cid Causa: 5623

Procedimento Solicitado

27 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0128020377

28 - Clínica:

POSTO II

30 - Carater: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic. 16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
16/06/2018

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM RJ 3596
TEOT-1120

Tempo SUS

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - CNPJ Empresa:

40 - Nº. Bilhete.

43 - CNAE. Empresa

41 - Serie

44 - CBOR.

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

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Silvana Soares de Oliveira

Luiz Henrique Vasconcelos Reis

RGPM 105198193-2 / Mat. 144553

Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Usuário: OSCARTEIA

Consulta Local:

Consulta SUS

Impressão: 15:31:33



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 Leito: 214 |
| CLÍNICA | Pai: JOAO ARAUJO SILVA | | |
| | Mãe: SILVANA SOARES DE OLIVEIRA | | |
| Médico Assistente | RG: 5010645 | | |
| | Residência: | | |
| Permanência | RUA 4 | | |
| | Nr.: 2365 | | |
| | Cep: 65636828 | | |
| CLÍNICA | Bairro: LOTEAMENTO BOA VISTA | | |
| | Cidade: TIMON | | |
| | Telefone: 99 - 82027014 | | |

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

Paciente com dor e limitação funcional
no membro direito

DIAGNÓSTICO

| | | | |
|-------------|------------------------------|-----|-------|
| Provisório: | Fratura 4º metacarpo direito | CID | S62.3 |
| Principal: | | CID | |

| | | | |
|------------------------------|---|--------------|---------------------|
| Procedimento: | | | |
| Sintomas e Sinais Principais | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 23 OUT 2018 | Causa Médica | Histo - Patológico: |

| | | | |
|--|--------------------|----------|--|
| Tipo: | Terapêutica Médica | Operação | Eficácia |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | | | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> Médico | | | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia | | | <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia |
| <input type="checkbox"/> Médico Cirurgico | | | <input type="checkbox"/> Médico Cirurgico |

DURAÇÃO

| | | |
|-------------------------|---------------|------------------------|
| Data/Hora de Internação | Data da Alta: | Data da Hospitalização |
| 16/06/2018 15:28:02 | 06/06/18 | / / |

ALTA

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Saída | Transferência | Óbito |
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Fisiologia | <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | <input type="checkbox"/> Psiquiatria | <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação |
| <input type="checkbox"/> A Pedido | | |
| <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico | | |

THE / /

Assinatura:

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-Pi 3096 - TEOT-11020

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

"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. 035.372-8



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 23 / 10 / 2018
Nº DO PRONTUÁRIO: 505433 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

1. Presente em DTH sob anestesia + antiseptia e antiseptia + campo estéril;
2. Manobra de redução incremental + pinças preventivas com 2 fios de Kirschner
3. Radioscopia
4. curativos + tala gessada



Cirurgia: Fract. 4º metacarpo mão direita

Cirurgião: Dr. Ferdinand Freitas

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
F. 01.3094 TECT- 11020

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198133-2 / Matr. 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 Fontenele Gomes
IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Av. Mano Cunha, 1542 - Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.153/0002-25

Telefone: (86) 3227-6266
Fax (86) 3216-1520

Luiz Henrique Vasconcelos Reis
Luiz Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Matr. 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

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



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 23.06.2014
Nº DO PRONTUÁRIO: 1644
CÓD DA CIRURGIA: 1644

NOME: Luciano Soares de Oliveira Idade: 34 Sexo: M ASA: I
PROCEDIMENTO: Laparoscopia de colecistectomia
CIRURGIÃO: Dr. [illegible] AUX: [illegible] ANEST: [illegible] ANESTESIA: Local + Sedação
INSTR: [illegible] CIRC: [illegible] INÍCIO: 16h FIM: 16h45 SALA: [illegible]
P.A. [illegible] F.C. [illegible] PESO: [illegible] Hto [illegible] Glicemia [illegible] Creatina [illegible] Respir: [illegible]



Técnica Anestésica: Local + Sedação + Sufenta

Comentários Adicionais: [illegible]

MONITORIZAÇÃO

ECG ☒ Oxímetro ☐

PAM ☐ Capnógrafo ☐

PANI ☐ PVC ☐

Gases

Despido ()

H₂O ()

Ar. Medic. ()

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Adrenalina Amp | Dolantina Amp | Mitazolan Fr | Propofol 100 mg Amp |
| Água dest. 10ml Amp | Droperidol Amp | Metronidazol Fr | Ranitidina Amp |
| Atropina Amp | Efortil Amp | Neocaina Psa 0.5% Amp | Queficon Amp |
| Bextra Amp | Efedrin Amp | Narcan Amp | Quetamina 250 mg |
| Bromoprida Amp | Enflurano ml | Novabupr 0.5% Fr | Remilentanil Fr |
| Cefazolina 1g 2 Fr 2x | Fentanil ml | Nubain Amp | Ringer-lactado Fr |
| Cefotaxima Fr | Fentanil (SC) Amp | Neocaina 0.5% V Fr | S. Fisiológ. 0.9% ml Fr |
| Ciprofloxacina Fr | Holotano ml | Neocaina 0.5% isobar Amp | S. Glicosado 5% ml Fr |
| Clonidin Amp | Hidrocortisona ml | Neostigmina Amp | Scalp n° Und |
| Coloide () Fr | Isoflurano ml | Omeprazol Fr | Tracur Amp |
| Dexametazona Amp | Jelco n° Und | Ondasetrona Amp | Tilatil Fr |
| Diazepam Amp | Lidocaina 2% V Fr 5-10mg | Poliso Cel Fr | Tiopental Fr |
| Dimorf mg | Metaclopramida Amp | Pancurônio Amp | |
| Dipirona Amp | Manitol Fr | Prolenid Fr | |

Assinatura: [illegible]
CRM: 2105



DEPARTAMENTOS
DPVA
CONTEUDO NÃO

23 OUT 2010

GENTE SEGURO S.A.
Rua Celso de Resende, 455 Loin C
Centro Norte CE
Teresin



D: 107492
Paciente: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA
Idade: 061Y
Sexo: M

Eds Henrique Vasconcelos Reis TC
RGP 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Marcos (017-35)



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.



[Signature]
Luís Henrique Vasconcelos Reis - RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

[Signature]
Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326



DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ 24.002-470

Luciano Soares de Oliveira
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor de Análise

Horas: 09:59
Exame: 17/09/2018

HIPÓ

Paciente: LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA
Idade: 081Y
Sexo: M

10/09/2018

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: _____
CONTATO FEITO COM: _____
CONFIRMADO A VAGA: SIM () NÃO ()

6F-ST02 + 103199

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Marcos Soares de Oliveira
 IDADE: 31 ESTADO CIVIL: casado
 ENDEREÇO: Rua Vitorino - Tron - MZ
 RESPONSÁVEL: 708 1045 9667 9335

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO (☒)DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONDIÇÕES CLIMÁTICAS

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OCT 2018

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI

CONDICOES CLINICA DO PACIENTE (LEGIVEL E DETALHADO):

There are 45 (1)
+ 6 gone

EXAMES REALIZADOS:

pos: $\text{map } D \rightarrow \text{future do } u \leftarrow \text{wait}$

DIAGNÓSTICO:

for metacarpal ① / 562.3
04082017

TRATAMENTO REALIZADO:

Lehrzeit

João Henrique Vasconcelos Reis 79 TEL
RGPM 105198193-2 / Matr. 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

nos fr. de la puerce (HPR)

DATA:

DATA: 16/06/2018



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:

Hemácias.....: 4,30 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 11,00g/dl
Hematócrito.....: 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:

Leucócitos.....: 6.300mil/mm³

Valores Referências

4.000 - 10.000

Bastões.....: 71
Segmentados.....: 2
Eosinófilos.....: 26
Basófilos.....: 1
Linfócitos.....: 1
Monócitos.....: 1
Plasmacitos.....: 1
Eritrócitos.....: 1

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

OBS: DISCRETA HIPOCROMIA

Plaquetas.....: 191.000/mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Espalhadeira/Difusora

DEPARTAMENTO 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

FRANCISCO DAS CHAGAS MACIEL
CAF. QSPH-FARMAC. BIOQUÍMICO
CRF-PI 245

RANILDO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDI LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0965



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



214.2

NOME: **LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA**

MÉDICO

CONVÊNIO: **505**IDADE: **31 anos**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA

Hemácias em milhões/mm³**4900,00**

HOMEM

4,5 - 6,5

MULHER

3,9 - 5,8

Hemoglobina em g/dl

45,0

13,5 - 18,0

11,5 - 16,4

Hematócrito em %

14,9

40,0 - 54,0

36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES:

Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³**7.300**

4.000

10.000

%

REFERENCIAL

ABSOLUTO

REFERENCIAL

Bastões

0

3

5

Segmentados

71

50

66

Eosinófilos

1

2

4

Basófilos

0

0

1

Linfócitos

27

20

30

Monócitos

27

4

8

Metamielócitos

0

0

1

Mielócitos

0

0

0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

200.000 mm³100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES:

Plaquetas Morfolologicamente 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

Luís Henrique Vasconcelos Reis
 RGPM 105198193-2 / Matr. 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 PIAUI
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. BIOQUIMICO
 CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUIMICO
 CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

Luís Henrique Vasconcelos Reis
 RGPM 105198193-2 / Matr. 14495-9
 Chefe do Setor do Arquivo Técnico

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
 CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**

EXAMINAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2019

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

24
HORAS

Paciente: 265017 LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

ID: 265017

DATA 20180601

CONT:

SERVER

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

ID: 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0391436

Luciano Soares de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.010.645 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/05/14

LUCIANO SOARES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO SILVANA SOARES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 28/02/1987

DOC. ORDEM CERT. CASAM. 20290 L 105 F 102
EXP TIMON-MA 12/07/13

CPF 025.742.113-08

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

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

Luciano Soares de Oliveira

CPF titular da conta

025.742.113-08

Profissão

servidor público

Endereço

R. OU

Bairro

Boa Vista

Cidade

Timon

Número

2365

Complemento

Estado

maranhão

CEP

65636-720

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

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☒ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

TIPO

AGÊNCIA

Nº

4637

D/V

3

CONTA

Nº

885130

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Teresina, 13 de outubro de 18

Local e Data

Luciano Soares de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

(Faintly visible text at the bottom of the page, likely bleed-through from the reverse side.)

FILE NO: 75-3700PA014

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: 898002310958981 | |
| Profissão: SERVIDOR PUBLICO | | CPF: * RG: 50106407 - SSP PI | |
| G. Instrução: Médio Completo | | E.Civil: Solteiro(a) | |
| End.Local.: - - - | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Código: 667781 | Data: 01/06/2018 20:40:00 | Condutor: VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC | | Contratante: S U S |
| Acid.Trab.: Não | Trajetos?: Não | Típico: Não |
| | | CID Secundário: V299 |

DADOS CLÍNICOS:

Pariente, cutana de acedente matorcilatun (C/capote) h₂ ± 1h. A + viciu
viciu pericru. B + cupreus. MV presente, bilateral, s/ quibus orientatus
C → h₂ em 2T, bulbus matorcilatun, albedum flavum, matorcilatun, palmaris,
pelus ental. D → Glaryus-15, pupila matorcilatun, pitorcilatun. E → refere
lar em dedo matorcilatun (D). S₂O₂ - 98%.

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------------------------|-------------------|--------------------|
| PA <u>100</u> X <u>70</u> mmHg | Pulso: <u>77</u> | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS | bpm | Temp.: <u>36.5</u> |
| Diagnóstico Inicial: | | DPVAT | Tensão | CID: |
| | | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | | |

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: 23 OUT 2018

Solução: RX de mão ①

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

100% ORIGINAL
NOME: JANE DÍAS DE SOUZA
CPF: 047487
NOME - NUT
NOME COM O ORIGINAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/>) Melhorado <input type="checkbox"/>) Curado <u>ALTA:</u> <input type="checkbox"/>) Inalterado <input type="checkbox"/>) A Pedido | <input type="checkbox"/>) Administrativa <input type="checkbox"/>) Por Indisciplina <input type="checkbox"/>) Por Evasão | <input type="checkbox"/>) Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/>) Transferência: | DATA SAÍDA: / / . HORA: : . |
| <u>ÓBITO:</u> <input type="checkbox"/>) Até 24 Hs <input type="checkbox"/>) De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/>) Após 48 Hs | <u>DESTINO:</u> <input type="checkbox"/>) Família <input type="checkbox"/>) IML <input type="checkbox"/>) Anat. Patol. | <input type="checkbox"/>) Internação na Unidade <u>Proced. Solicitado:</u> 0408020377 <u>CID Compatível:</u> 562.4 | DR. ARTUR ORTOPEDIA E CRM 2 Prof. Solicitante Internação: |

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE