

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000035703-5

Nr. da Autenticação 6455F9AAF35D4C41

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190420212 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM BOLSA ESCROTAL COM NECROSE TESTICULAR HEMORRÁGICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EXPLORAÇÃO TESTICULAR COM ORQUIECTOMIA À ESQUERDA, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO TESTÍCULO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA TOTAL DO TESTÍCULO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 05 16 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas pélvicas cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JUL 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE: Manoel Firmino dos Santos Filho
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510534

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:

<u>Nome:</u> MANOEL FIRMINGO DOS SANTOS FILHO		<u>Frontuário:</u> 510534
<u>Mãe:</u> REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 20/03/1965	<u>Idade:</u> 54a1m19d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-94288-502
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 698000218256002
<u>Profissão:</u> MOTO BOY		<u>Documento:</u> CPF: 341.358.203-87
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E. Civil:</u> Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 720668	<u>Entrada:</u> 08/05/2019 11:13:45	<u>Convênio:</u> S O S	<u>Proced:</u> 0301360029
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Classificação:</u> Mecanismo do trauma significativo	<u>Cor:</u> Laranja
<u>Breve História Clas. Risco:</u> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE TRAUMA E DOR TESTICULAR, USO EM FACH. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COPLEN - 207590 Em: 08/05/2019 11:19:10

<u>SSV:</u> (Hora: ____ : ____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉搏: bpm	Pressão: mmHg

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO/CARRO, ESTAVA COM CAPACETE, PÔRÉM SEM VISOR, TEVE FERIMENTO EM REGIÃO RONTAL, COM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS. A) VIAS AERÉAS PERTURBADAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SÍSILOS, PULSO:112.BPM, SART: 220MM, IR: 191BPM. C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DECOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE. D) GLASGOW 15 PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREAGECENTES. E) EDEMA ESCROTAL
--

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?

<u>Exames Complementares:</u> (1211915) - US DE BOLSA ESCROTAL (1211916) - T.C. DE CRANTO

<u>Prescrição Médica:</u> EXAME: C7401 DATA: 08-05-2019 11:59 DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>

Observação (Adulto): DATA: / / - HORA: : :



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

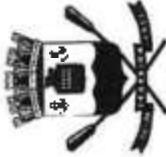
MÉDICO / CRM:

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

221.29

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Wanderson Ferreira dos Santos	F. 10	P.Y	P.Y	29	29	
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
1) Dexta bucalde 2) 5655 - 500001 14 3) Nac 1000 - 20ml 666 4) Dextrose 1amp + 100ml 666 5) Cefoperazone 1000mg 14/20126 6) Simeprevir 100mg + Cevadodes 500mg 7) Cimetidina 200mg 8) Cimetidina 200mg						
HORÁRIO (8h30m) (8h30m) (8h30m) (8h30m) (8h30m) (8h30m) (8h30m) (8h30m)						
P.J CORRETO DE SEGUROS 10 JUL 2018 DPVAT						



NOME <u>João de Fornino dos Santos Filho</u>		IDADE <u>anos</u>	DATA <u>08/05/2019</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>15</u> hs <u>15</u> min		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO		CIRURGÃO
CIRURGIA REALIZADA <u>Ressecção testicular</u>		HORÁRIO		
SINAIS VITais		ADMISSÃO	SAIDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) <u>113/60</u>			<u>130/90</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) <u>88</u>			<u>93</u>	
SATURAÇÃO DE O2 (%) <u>98%</u>			<u>99%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (0°C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/ MATRÍCULA <u>Ana Cecília</u>				

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

		ADMISSÃO	SAIDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2		
	Movimenta dois membros	1		
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		
	Aresenta dispneia ou limitação de respiração	1		
	Tem apneia	0		
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2		
	PA em 20-49% do nível anestésico	1		
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0		
CONSCIÊNCIA	Está tático e orientado no tempo e espaço	2		
	Desperce, se solicitado	1		
	Não responde	0		
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2		
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1		
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0		
ESCALA DE DOR ADMISSÃO				
ESCALA DE DOR ALTA				
TOTAL		<u>09</u>		
ASS.		<u>09</u>		

<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> DRENO DE SUÇÃO	<input type="checkbox"/> DRENO TORACICO	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	<input type="checkbox"/> SONDA <input type="checkbox"/> NASOG _E <input type="checkbox"/> NASOF _E
hs <input type="checkbox"/> mL	hs <input type="checkbox"/> mL	hs <input type="checkbox"/> mL	hs <input type="checkbox"/> mL		
hs <input type="checkbox"/> mL	hs <input type="checkbox"/> mL	hs <input type="checkbox"/> mL	hs <input type="checkbox"/> mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRA em POE de nephrectomy testicular, nega fármacos, rendimento, ex ambiente.

*Marcelo José Lima de Oliveira
Enfermeiro
0000-0000-0000-0000*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRA

[initials]

HORÁRIO

*Dr. Henrique Roche
Médico Anestesiologista
ANESTESIOLOGISTA*

ENCAMINHAMENTO EXTERNO SALA DE GESSO IMAGENS E GRÁFICOS

P-108

225

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

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tita 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.532.917/0022-02

Prontuário:

510534

Internação:

238616

Nome: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

End. Resid.: RUA ESTIGMA N 7304 - VILA IRMA DULCE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 20/03/1965	Idade: 54a1m19d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTO BOY
--------------------	---------------------------	--------------------	----------------------------	------------------------

Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	
08/05/2019	14:12			

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod.CIN:

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

Dor abdominal de 24h pós - cir.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Dor

MEDICAÇÕES:

Dulfoxim 3 AMB.

PJ CORRETOA
DE SEGUROS

18 JUL 2019

CIRURGIA: Data: 08/05/19 Tipo: Agudo

DPVA

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Reg. Ambulatório

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

D. Júlio C. de Carvalho
CRM-PB 100293
Médico Assistente/Auxiliar/Residente



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238616

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO	6 - Prontuário: 510534		
7-CNS: 898000218256002	8-Nascimento: 20/03/1965	9-Sexo: Masculino	10-CPF: 341.358.203-87
-Mae: REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS			11-Fone: 86-94288-502
12-Resp: (O MESMO)			13-Fone:
14-Endr: RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010	15-Cod. IBGE: 221100	16-UF: PI	17-CEP: 64000-010
18-Núnic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd. Anterior 0409040096	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTA
21-Cod. Mudança Proced. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
22-CID Prin: ?	23-Classe: 24-Classe C.A.:
25-Profissional Responsável: WILSDON MOURA GONÇALVES	26-Diagnóstico: 27-TP. Documento: CPF
28-Data Solicitação: 08/05/2019	29-No.Doc. Méd. Solic.: 891.372.643-20

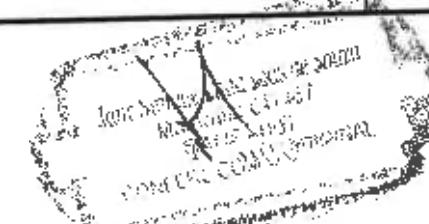
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de moto com trauma perineal contuso evoluindo com hematoma escrotal importante
0409040096 S302 EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTA
0409040159 S380 ORQUIEKTOMIA UNILATERAL

J CORRETO DE SEGURO
10/05/2019

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

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



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

CNES

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
898000218256002	MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO		20/03/1963	510534	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8694288502	REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS	MANOEL		
CEP	ENDERECO (LOGRADOURO)		NÚMERO / LOTE		
	RUA ESTIOMA 7364		7364		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		
			TERESINA		
CENTRO					

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍCÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

0415036013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍCÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

CÓDIGO

EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL

0409040096

DESCRÍCÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

CÓDIGO

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

0415036013

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CONTUSÃO DOS ORGÃOS GENITais EXTERNOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S302

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de moto com fratura perineal envolvida evoluindo com hematoma escrotal importante 0409040096 S302 EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL 0409040169 S380 ORQUIEKTOMIA UNILATERAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

201560410270004

DATA SOLICITAÇÃO

21/05/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

170263951200001

21/05/2019 16:56:29



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

303745

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT4-CNES
5828856

238616

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**6 - Prontuário: **510534**7-CNS: **898000218256002** 8-Nascimento: **20/03/1965** 9-Sexo: **Masculino** 10-CPF: **341.338.203-07**11-Mãe: **REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS**12-Fone: **86-94288-502**13-Rasp: **(O MESMO)**14-Cor: **Sem Informação**15-Endr: **RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA** 17-Cod. IBGE: **221100** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64000-010**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente de moto com trauma perineal contuso evoluindo com hematoma escrotal importante

21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de exploração cirúrgica

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame clínico + ultrassom

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C. Ass.

Contusão dos órgãos genitais externos

S302

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0409040096** 27-Procedimento Solicitado:
EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTALETempo: 000
229-Clinica: **02** 30-Caráter: **Ident.: 01** 31-Dacum.: **32-Doc. Méd. Solic.:**
891.372.643-2033-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **WILSDON MOURA GONÇALVES** 34-Data Solicitação:
08/05/2010

35-Ass.Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito 39-CNPJ Segurador: 40-Nº.Bilhete: 41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico 42-CNPJ Empresa: 43-CNRE Empresa: 44-CBO:38-() Acidente Trabalho Trajeto45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

Marco de Sá Marques
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRMPI 1289 - ENS 17026395120001
Ass. Carimbo (Rg. Conselho)48-Documento: () CNS () CPF

49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **WILSDON**
Consulta Local: **720668**
Consulta SUS:
Impressão: **08/05/2010 14:16:19**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 203745

AIH: 2219100317357

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
R98000218256002	MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO		20/03/1965	M	510534
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		8604288502	REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS	MANOEL	
CEP	ENDERECO - LÓGRAZOURE			NÚMERO / LOTE	
	RUA ESTIGMA 1364			1364	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
CENTRO			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA PERINEAL CONTUSO EVOLUINDO COM HEMATOMA ESCROTAL IMPORTANTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO + ULTRASSOM

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S102 - CONTUSÃO DOS ORGÃOS GENITAIS EXTERNOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

8409140996 - EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DA BOLSA ESCROTAL

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER URGÊNCIA	WILSON MORA GONCALVES CRM: 89137264320
DATA ADMISSÃO 08/05/2019 12:00	DATA SOLICITAÇÃO 08/05/2019
DATA ALTA 09/05/2019 11:00	MOTIVO ALTA MEJORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARILEA DA SILVA LEAL CRM: 8041724304	PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
DATA ANÁLISE: 09/05/2019 13:12:20	CRM: 8041724304
	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	Manuel Firmino dos Santos Filho		
Diagnóstico pré-operatório	Trauma escrotal		
Operação - Tipo	Exploração Testicular		
Cirurgião	Dr. Wilson Moura	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador	Wagner	Anestesiologista	Dr. Dais
Anestésico(a)	Dr. Caio Sales	Anestesia	Rápida
Data da Operação	08/05/19	Ínicio	Fim
Diagnóstico pré-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			

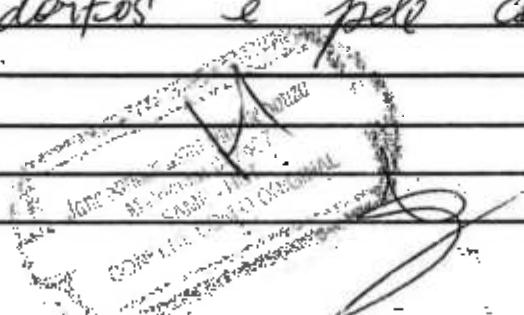
0404040169-5380
0404040169-8280

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Paciente em decúbito dorsal sob raio
- Afixação e anti-septico
- Incisão escrotal mediana
- Abertura por planos
- Visualizada hemorragia acentuada asfixiada a lesão completa em polo inferior do testículo com lombotomia em cordão
- Orquektomia esquerda + drenagem peritoneal 2-0
- Sutura dorsal e pele com catgut crômato 3-0
- Curti no



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE		Manoel Firmino dos Santos Bell			
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
05/05/19					

EXAMES DE SANGUE

EXAMES DE URINA

EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	OOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
APLICAÇÕES						
EFETOS						

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	SISTEMA URINÁRIO		TOTAL DE DOSES	
	1				
	2				
	3				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	260 240 2 38	200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10			
P. ARTERIAL V O PULSO					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS					

TECNICAS	Incidente - Acidente
OPERAÇÕES	
CIRURGIÕES	
ANESTESISTAS	
PARTICULARIDADES	

DATA 08/05/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE	<u>Manoel Firmino dos Santos Filho</u>			CONTÚARIO Nº: <u>510534</u>
DIAGNÓSTICO:				CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raquel</u>				Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wilson</u>				CPF Nº:
AUXILIAR:				CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Raquel</u>				CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Danyane</u>				CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 710 175	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-					

FIOS

UNID. QUANT. PREÇO

CAT. GUT. SIMPLES C/AG.

CAT. GUT. SIMPLES S/AG.

CAT. GUT. CROMADO C/AG.

CAT. GUT. CROMADO S/AG.

ALCOFIL

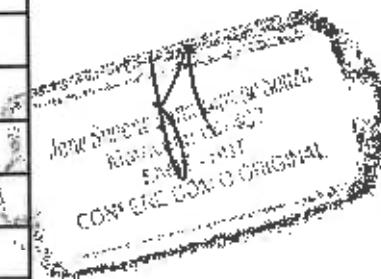
MONONYLON

FITA UMBILICAL

VICRYL

PROLINE

OCORRÊNCIA



ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Zezay



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1620 - Redenção - Fone: 66 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO** (Prontuário: **510534**)
 Endereço: **RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **20/03/1965** Idade: **54a1m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **720668**
 Requisição: **961706** Solicitação: **08/05/2019** Solicitante: **EDUARDO SALMITO SOARES**
 Controle: **1211915** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020070

Data Exame: 08/05/2019

US DE BOLSA ESCROTAL

Exame da bolsa escrotal realizado com transdutor linear de alta resolução, demonstra:

ACHADOS:

Testículo direito: integros, com morfologia, diâmetros, túnica e textura parenquimatosa normais.

Testículo esquerdo: com contorno inferior parcialmente definido.

Epididímo direito: anatômico.

Epididímo esquerdo: não visibilizado.

Observa-se volumoso conteúdo heterogêneo no interior da hemibolsa escrotal esquerda.

* Dimensões testiculares:

Testículo D. = 4,7 x 2,6 x 3,2 cm.

Testículo E. = 4,8x 2,4 x 2,7 cm.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- O contorno inferior do testículo esquerdo encontra-se parcialmente definido (pelo conteúdo heterogêneo no interior da bolsa escrotal?).
- Volumoso conteúdo heterogêneo no interior da hemibolsa escrotal esquerda. Provável sangue e/ou coágulos.

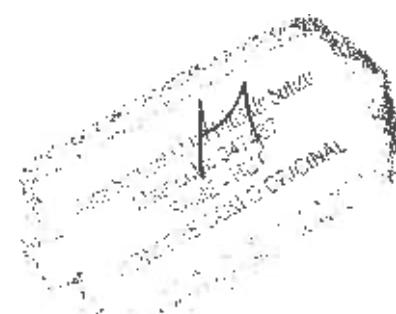
(MÔNICA ALZIRA)

TERESINA - PI 08/05/2019

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente:	MANOEL FIRMINGO DOS SANTOS FILHO (Prontuário: 510534)		
Endereço:	RUA ESTIGNA N 7384 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	20/03/1965	Idade:	54a2m1d
Requisição:	956767	Solicitação:	21/05/2019
Controle:	1222040	Convênio:	S U S
		Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
		Solicitante: WILSON MOURA GONÇALVES	Atendimento: 238616
		CLÍNICA CIRÚRGICA - P08	ENFERMARIA 221 LEITO 28

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0203020030

Data Exame: 21/05/2019

ANÁTOMO-PATOLOGICO

MATERIAL: ORQUIECTOMIA ESQUERDO.

MACROSCOPIA:

Massa tecidual irregular, medindo 7,0 x 4,0 x 4,0cm, amarronzada e elástica. Aos cortes exibe superfície avermelhada.

DIAGNÓSTICO:

- NECROSE TESTICULAR HEMORRÁGICA.

B19-1206

(HELEN)

TERESINA - PI 21/05/2019

PRISCO MEDEIROS DE MELO NETO

CPF: 095.701.603-49 CRM PI 933

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Recençao - Fone: +55 3218 5445
 TERESINA-PI CNPJ: 61017 770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO** (Prontuário: **510534**)
 Endereço: **RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **20/03/1965** Idade: **54a2m1d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **238616**
 Requisição: **956767** Solicitação: **21/05/2019** Solicitante: **WILDSON MOURA GONÇALVES**
 Controle: **1222040** Convênio: **SUS** CLÍNICA CIRÚRGICA - P08 ENFERMARIA 221 LEITO 28

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0203020030

Data Exame: 21/05/2019

ANÁTOMO-PATOLÓGICO

MATERIAL: ORQUIECTOMIA ESQUERDO.

MACROSCÓPIA:

Massa tecidual irregular, medindo 7,0 x 4,0 x 4,0cm, amarronzada e elástica. Aos cortes exibe superfície avermelhada.

DIAGNÓSTICO:

- NECROSE TESTICULAR HEMORRÁGICA.

B19-1206

(HELEN)

TERESINA - PI 21/05/2019

PRISCO MEDEIROS DE MELO NETO

CPF: 095.701.603-49 CRM PI 933

Profissional Responsável

PJ CORRETOR DE SEGUROS

10 JUL 2019

DPVAT





PJ CORRETORA
DE SEGUROS

18 JUL 2019

DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF do titular:

4 - Nome completo da vítima:

8935820387 *Monod Firmino dos Santos*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP 09/08/2012

5 - Nome completo:

Monod Firmino dos Santos Filho 3435820387

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Número:

9 - Complemento:

Autônomo R. ESTIGMA

10 - Endereço:

7362

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Cidade:

14 - CEP:

VITÓRIA DULCE

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3607** CONTA: **35703** 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

PRÓCORRETORA
DE SEGUROS

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de **INVALIDEZ PERMANENTE**, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

10 JUL 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, cedendo que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DRVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váinascos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

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

NAO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (2º) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Florianópolis 10/07/19

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

Monod Firmino dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Alessandro Ferreira da Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JUL 2019

DPVAT





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002495/2019-98

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 03/07/2019 - 09:47

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MAL. CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/05/2019 - 10:00



Ponto de Referência

DEBAIXO DA PONTE J.K.

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 732984 PI

Mãe: REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS

Pai: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS

Endereço: RUA ESTIGMA, Nº 7364

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESDD, PLACA PIM-2433-PI, COR PRETA, RENAVAM 1088199876, PROP. DE GIANE MARIA DE SOUSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO NORTE/SUL, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE AUTOMÓVEL À SUA FREnte. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 510534).

DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1238	02 Data do chamado 08/10/19	03 PRO (código) 28918	04 Saída do PA 1034	05 Chegada ao local 105218			
Local da Ocorrência	06 Saída do local 11:05	07 Chegada ao 1º hospital 11:12	08 Saída do 1º hospital 11	09 Chegada ao 2º Hospital 10:07				
Dados do Paciente	10 Endereço AV marechal castelo Branco	11 Bairro Flórida	12 Município-UF PI	Código IBGE				
	13 Ponto de referência na ponte fundim - suba do ponte							
	14 Nome maurílio Fumílio de souza Filho	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ignorado						
	16 Idade 54	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mes <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/> 9-Ignorado 2003/1991	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Ignorado	PJ CORRETO DE SEGUNDO MUNICÍPIO 10 JUL 2019			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência HUT	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-aspasamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1- Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2- Condutor <input type="checkbox"/> 3- Passageiro <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1- A pé <input checked="" type="checkbox"/> 2- Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3- Motocicleta <input type="checkbox"/> 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/> 1- Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2- Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/> 3- Ônibus/Micro-ônibus <input checked="" type="checkbox"/> 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	AT			
Exame Físico	23 Glasgow 7	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais P脉搏 Respiração PA TAX. Sat02			
	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retrada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	96 15711 99%				
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	25 Local da lesão		
	30 Fratura 1- Sim 2- Não							
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiolpulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia 251 mg/dl <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)					
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	<input type="checkbox"/> Não Removido						
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não					
Observações Interdisciplinar	Paciente caiu de moto com cava, bacia e um segmento fracturado e seguindo inconsciente, edema de uma região escrotal, paciente orientado o mesmo e hipertônico, diabético.							
	CONFERE COM O ORIGINA marilia							
	Sabrina Lúcia C. M. de Souza Enfermeira Responsável Pediatria Responsible Pediatria Responsible Pediatria	Socorristas Médico AEPE	Enfermeiro Condutor	Marilia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				