

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: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LINO DE BARROS NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000034839-5

Nr. da Autenticação 69A63F54AA7867CD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565036 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LINO DE BARROS NETO **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 Masculino 2 Feminino 9 Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL 1 - Nenhuma 2 - À dor 3 - Palavras inapropriadas 4 - Confusa 5 - Orientada RESPOSTA MOTORA 1 - Nenhum 2 - Extensão anormal 3 - Flexão anormal 4 - Movimento de retirada 5 - Localiza dor 6 - Obedece a comandos				
Exame Físico	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado 34 Óbito 1-Sim 2-Não Não Removido				
Hospital de Destino	35 Observações Interdisciplinar paciente motociclista vítima de colisão com pedestre, apresentando ferimento cortante com sangramento dor, edema em pé esquerdo + escoriações, consciente orientado				
	Responsável pela recepção Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Conductor				



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jose Lino de Barros Neto

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 915221



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".



ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 09/06/2018 11:27:06

DADOS DO PACIENTE:

(User: ELIZABETE CHAVES)
(Estação: ACCR01)

Nome: JOSE LINO DE BARROS NETO		Prontuário: 215221	
Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS BARROS	Pai: JOSE DO SOCORRO SOUSA VIANA		
End.Resid.: RUA NILO CORREIA LIMA, N 2810 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 12/07/1983	Idade: 34a10m28d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 3218-5447
Responsável: FRANCISCO DE ASSIS	CNS: 898003734361011		DEPARTAMENTOS DE SINIS- TRIA CONTEUDO NÃO VERIFICADO 30 NOV 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cosme de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64012-470 Teresina-PI
Profissão: OP. DE MAQUINA	Documento: CPF: 007.235.123-37		
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 669002	Data: 09/06/2018 11:23:11	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Id.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor intensa	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Laranja
Breve História: VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, REFERE DOR INTENSA EM MIE		Profissional Clas. Risco: FRANCISCA ELIZABETE DE MACEDO COREN 79289 Em: 09/06/2018 11:27:05	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de acidente motociclistico, com uso de capacete. Nega desmaio, vômitos, epistaxe ou otorrhea, refer dor em ombro direito, pulso esquerdo e pé esquerdo. Ferimentos em pé esquerdo. A) Vias aéreas permeáveis, em uso de collar cervical e em prancha rígida. B) Ausência pulmonar com MV bilateralmente, supressas. C) Abdômen e Pelve insusceptíveis, BNF em RR, em 2T, normocárdico. D) Pupilas isocóricas e foto reagentes - Glasgow 15. E) Exofia aguda difusa.

PA 130 x 80 mmHg Pulso: 99% FC: 67 bpm Temp.: ____

Diagnóstico Inicial: CID: ____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Solicito Ex de ombro direito, Ex de pulso Esquerdo; Ex de perna esquerda.

Acusa náusea em MSD

Encaminhado ao Centro Cirúrgico

RAIO-X REALIZADO

DATA 09/06/2018

Técnico: Marcos Vitor P. de Carvalho Filho

Traumatologia Ortopédica

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		Procedimento CID

Francisca M. S. Barros

Assinatura Paciente ou Responsável

Francisca M. S. Barros

MÉDICA

CRM-PI 6876

Assinatura - Profissional Médico



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 09/06/2018 11:27:15
(ELIZABETE CHAVES)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE LINO DE BARROS NETO		Prontuário: 215221
Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS BARROS	Pai: JOSE DO SOCORRO SOUSA VIANA	
End. Resid.: RUA NILO CORREIA LIMA, N 2810 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 12/07/1983	Idade: 34a10m28d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9804-0547
Responsável: FRANCISCO DE ASSIS	CNS: 898003734361011	Documento: CPF: 007.235.123-37
Profissão: OP. DE MAQUINA	E. Civil: Solteiro(a)	
G. Instrução: Médio Incompleto		
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 669002	Data: 09/06/2018 11:23:11	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 09/06/18 14:00 ESPECIALISTA: *O. Tapete*
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Paciente sofreu acidente de trânsito há 4 dias com trauma de MLC; do osso da mão e lesão fratura no pulso e tornozelo E, com FCC medial no tornozelo E com sangramento ativo (vermelho a sangue?)
RX - Fratura da Malleta lateral E
Cl: Encaminhado ao Centro Cirúrgico*
Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 47112-12501
Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro, Teresina-PI CEP: 64000-010
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

Carimbo/Assinatura Solicitante

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
HUT
CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR) **101247**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

3- Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código Internação
216

4-CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: **JOSE LINO DE BARROS NETO**

6 - Prontuário: 215223

7-CNS: **898003734361011**

8-Nascimento: **12/07/1983**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: 007.235.123-37

11-Mãe: **FRANCISCA MARIA DOS SANTOS BARROS**

12-Fone: 86- 9804-05

13-Resp: **FRANCISCO DE ASSIS**

14-Cor: Sem Informaç

15-End: **RUA NILO CORREIA LIMA, N 2810 - PLANALTO ININGA - 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:

Queda de moto com fratura M15

21 - Condições que justificam a internação:

Ho. cirurgia

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

Ex. Fun + R

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do maléolo lateral

24-CID Prim: **S826**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO-VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Contato: 0800-000-000
CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod.Proced.: **0408050578**

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

28-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.: **892.673.703-91**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LEOCADIO SOARES REBELO DA SILVA

34-Data Solicitação:

09/06/2018

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEST 12409

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito
37- () Acidente Trabalho Típico
38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

41-Série:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

48-Documento:

() CNS () CPF

49-Num. Documento:

47-Data Autorização:

19/06/18

- Assinatura Paciente ou Responsável:

Francisca maria dos Santos Barros

50-Ass. (Rg. Conselho)

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 669002

Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 101247
AIH: 2218100354140

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
705607434258411	JOSE LINO DE BARROS NETO	12/07/1983	M	215221
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
2370189	8699612690		FRANCISCA MARIA DOS SANTOS SOUSA VIANA	FRANCISCO DE ASSIS
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				2810
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
ININGA		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

QUEDA DE MOTO COM FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO - FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACTMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09/06/2018

LEOCADIO SOARES DA SILVA

CPF: 89267370391

CRM

DATA ADMISSÃO

09/06/2018 11:23

DATA ALTA

10/06/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

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))

CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA

CPF: 19940017391

CRM:

DATA ANALISE: 18/06/2018 12:48:12

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/2018

NOME DO PACIENTE: Jose Lino de Barros Neto PRONTUÁRIO Nº: _____

DIAGNÓSTICO: _____ CIRURGIA: _____

ANESTESIA: Rafael Soares Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO: Dr. Neocádio Soares CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____ CPF Nº: _____

ANESTESIA: _____ CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Jeymei CPF Nº: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.011-170

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	24		
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 810	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ALCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Atadura de crepom	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Algodão Ortopedico	-	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Vibron</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	JOSE LINO DE BARROS NOVO.		
Diagnóstico pré-operatório	FRAT. EXPOSTA T2Z (E)		
Operação - Tipo	Kump - RAFI		
Cirurgião	Dr. Leocádio Soares ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-PI 4468 - TEOT 12409	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	ALMIR	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	09/06/18	Início	Fim
agnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação	sem placa		

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

JOSE LINO DE BARROS NOVO
CPF: 000.000.000-00
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL







DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Lavagem em SDA, sob antisept. - LMC green com 50, 5'.
- 2) Anestesia + antisept. com campos ester.
- 3) Desbridamento e LMC em tórax em superfície mediana
- 4) Sutura lateral + dissimul + RAFI + LMC com 50, 5'.
- 5) Sutura por plano ester. por
- 6) Am. tór.
- 7) A WPA

RAFI com placa 1/3 com

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSÉ LINO DE BARROS NETO		215221	34	ORTOPEDIA	CORREDOR 2		
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA/HORA CÓDIGO							
DI: 09/06/2018	FRAT EXPOSTA DE TNZ E						
10/06/18							
1	Dieta oral livre						
2	Gelco salinizado						
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
4	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 / 12hs						
5	Tramadol 100mg _ 01 amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs						
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
9	Cuidados gerais e sinais vitais						
<div style="text-align: center;">  </div>							
<div style="text-align: center;">  </div>							
<div style="text-align: center;">  </div>							
<div style="text-align: center;">  </div>							
<div style="text-align: center;">  </div>							
<div style="text-align: center;">  </div>							

NOME Jose Lino de Barros Neto IDADE 34 anos DATA 09/06/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 18 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA frat. tornozelo CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>99/64</u>	<u>121 X 58</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>64</u>	<u>75</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO			
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA			
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂			
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	



TOTAL

ASS.

09

Klénia
484025

10

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

18:25 Admitido na SRPA em 102 de frat. tornozelo. Consciente, orientado. Expne 13 em
AA. MV p/ncio. — Enfe Klénia
484025

RAIO-X REALIZADO

DATA 09/06/2018

Técnico: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI
Médica Anestesiologista
CRM-PI 6112

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

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



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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE LINO DE BARROS NETO** (Prontuário: 215221)
Endereço: RUA NILO CORREIA LIMA, N 2810 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/07/1983 Idade: 35a1m6d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 216136
Requisição: 845298 Solicitação: 09/06/2018 Solicitante: LEOCADIO SOARES REBELO DA SILVA
Controle: 1045436 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 09/06/2018

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na fíbula distal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura na fíbula distal com fixação metálica

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE LINO DE BARROS NETO** (Prontuário: 215221)
Endereço: RUA NILO CORREIA LIMA, N 2810 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/07/1983 Idade: 35a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 669002
Requisição: 845194 Solicitação: 09/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1045266 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 09/06/2018

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

JOAO ANTONIO DE SOUZA
Matrícula: 10057
SME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL


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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE LINO DE BARROS NETO** (Prontuário: 215221)
 Endereço: RUA NILO CORREIA LIMA, N 2810 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 12/07/1983 Idade: 35a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 669002
 Requisição: 845194 Solicitação: 09/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1045265 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 09/06/2018

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na fíbula distal.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável




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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE LINO DE BARROS NETO** (Prontuário: 215221)
 Endereço: RUA NILO CORREIA LIMA, N 2810 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 12/07/1983 Idade: 35a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 669002
 Requisição: 845193 Solicitação: 09/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1045264 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/06/2018

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura oblíqua no terço distal da fibula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE LINO DE BARROS NETO** (Prontuário: 215221)
 Endereço: RUA NILO CORREIA LIMA, N 2810 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 12/07/1983 Idade: 35a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 669002
 Requisição: 845193 Solicitação: 09/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1045263 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 09/06/2018

JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



JOAO ANTONIO DE BARROS NETO
 CPF: 147A87
 SIA: HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.370.189 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/09/15

NOME JOSÉ LINO DE BARROS NETO

FILIAÇÃO FRANCISCA MARIA DOS SANTOS BARROS

NATURALIDADE JOSÉ DO SOCORRO SOUSA VIANA

DOC. ORIGEM BURITI-MA DATA DE NASCIMENTO 12/07/1983

CERT. NASC. 15209 L A46 F 42V

CPF EXP. BURITI-MA 07/05/01

TERESINA-PI 007.235.123-37

Assinatura do PPIDIRETOR

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

JOSE LINO DE BARROS NETO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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

007.235.123-37

Nome completo da vítima

Jose Lino De Barros Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Lino De Barros Neto		CPF titular da conta 007.235.123-37	Profissão Garçon
Endereço Rua Lino Correia Lima		Número 2810	Complemento Casa
Bairro Planalto	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64050-060
Email		Telefone (DDD) (86) 3303-4104	

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 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO. 3989	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA NRO. 34839	D/V 5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome 	NRO
AGÊNCIA NRO. 	D/V <input type="checkbox"/>
(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, 27 de Novembro de 2018
Local e Data

Jose Lino De Barros Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU
DATA: 27/11/2018 HORA: 16:30:04
TERMINAL: 20041011 CONTROLE: 200410110294

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1989 013.00034839-5

NOME: JOSE LINO DE BARROS NETO

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 99534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 520053311

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004075/2018-65

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

Data/Hora: 27/11/2018 - 10:48

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. FREI SERAFIM, Nº:

Complemento

489614

Data/Hora

09/06/2018 - 10:20

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

MINISTERIO DO TRABALHO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **JOSÉ LINO DE BARROS NETO**

RG: 2370189 PI

Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS BARROS

Endereço: RUA LINO CORREIA LIMA, Nº 2810

Bairro: PLANALTO ININGA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

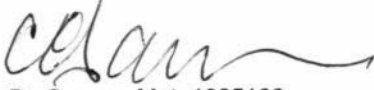
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIG-0531-PI, COR PRETA, RENAVAL 00195574877, PROP. DE WILDE LIMA OLIVEIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM RAPAZ, CORRENDO, ATRAVESSOU A PISTA, SOFRENDO ATROPELAMENTO E PROVOCANDO A QUEDA DO NOTICIANTE. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 215221). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


JOSÉ LINO DE BARROS NETO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



01 N° do chamado	1186	02 Data do chamado	3 10 6 18	03 PRO (código)	8902	04 Saída do PA	10 40	05 Chegada ao local	10 46	
06 Saída do local	11 45	07 Chegada ao 1º hospital	18 00	08 Saída do 1º hospital		09 Chegada ao 2º Hospital				
10 Endereço	av. Frei Sebastião									
11 Bairro	CENTRO		12 Município-UF	Tepi-D.N						
13 Ponto de referência	ministério do trabalho									
14 Nome	JOSE LINO BARROS NETO						15 Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
16 Idade	34	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?	<input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado					
18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado									
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 type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida	<input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	<input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input checked="" type="checkbox"/> 7 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	22 Equipamentos de seguradora	<input checked="" type="checkbox"/> Capote <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança		

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018

23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
1 - Nenhuma 2 - À dor 3 - À voz 4 - Espontânea 5 - Orientada	1 - Nenhuma 2 - Palavras incompreensíveis 3 - Palavras inapropriadas 4 - Confusa 5 - Orientada	1 - Nenhum 2 - Extensão anormal 3 - Flexão anormal 4 - Movimento de retirada 5 - Localiza dor 6 - Obedece a comandos	Pulso: 60 bpm Resp: 20 x/m PA: 120 x 80 TAX: 99% SatO2: 99%	
26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais	<input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input type="checkbox"/> 3 - Ausente	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito
31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	H.U.T	<input type="checkbox"/> 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	<input type="checkbox"/> Não Removido

paciente motociclista vítima de colisão com pedestre, apresentando ferimento cortante com sangramento dor, edema em pé esquerdo + escoriações, consciente orientado

Responsável pela recepção	Socorristas Médico	Enfermeiro
	AE/TE	Condutor
		Hermes