

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180544945**

Nome do(a) Examinado(a): **IGOR DIAS PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ABAPA, 1996 - PLANALTO STA FE - Nazária - PI - CEP 64415-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **3526647**

Data e local do acidente: [**17/07/2018**] **Teresina -PI**

Data e local do exame: [**13/12/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Múltiplas fraturas faciais com fratura cominutiva do arco zigomático e parede lateral da órbita à esquerda.
Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subgaleal fronto-temporal esquerdo.*

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Refere parestesia em hemiface esquerda e dor durante a mastigação. Discreta limitação dolorosa da abertura da boca.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento cirúrgico com fixação do complexo zigomático esquerdo com uso de placa e parafusos.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419287/18

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

CPF: 070.987.163-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR DIAS PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



IGOR DIAS PEREIRA : 070.987.163-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: IGOR DIAS PEREIRA
CPF: 070.987.163-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

IGOR DIAS PEREIRA

Patricia Aleixo Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544945

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA FACE (OSSOS MAXILARES + OSSO ZIGOMÁTICO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE DO OSSO ZIGOMÁTICO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 crânio-faciais, 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544945 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR DIAS PEREIRA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA FACE (OSSOS MAXILARES + OSSO ZIGOMÁTICO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE DO OSSO ZIGOMÁTICO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 crânio-faciais, 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544945

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Múltiplas fraturas faciais com fratura cominutiva do arco zigomático e parede lateral da órbita à esquerda. Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subgaleal fronto-temporal esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Refere parestesia em hemiface esquerda e dor durante a mastigação. Discreta limitação dolorosa da abertura da boca.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixação do complexo zigomático esquerdo com uso de placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Bergiel Barbosa Bezerra

CRM do médico: 3909

UF do CRM do médico: PI

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 crânio-faciais, 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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544945

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Múltiplas fraturas faciais com fratura cominutiva do arco zigomático e parede lateral da órbita à esquerda. Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subgaleal fronto-temporal esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Refere parestesia em hemiface esquerda e dor durante a mastigação. Discreta limitação dolorosa da abertura da boca.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixação do complexo zigomático esquerdo com uso de placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Bergiel Barbosa Bezerra

CRM do médico: 3909

UF do CRM do médico: PI

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 crânio-faciais, 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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419287/18

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

CPF: 070.987.163-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR DIAS PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

IGOR DIAS PEREIRA : 070.987.163-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: IGOR DIAS PEREIRA
CPF: 070.987.163-59

IGOR DIAS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: IGOR DIAS PEREIRA

Nº Sinistro: 3180544945

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do Acidente: 17/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180544945**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13660705



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: IGOR DIAS PEREIRA

Sinistro: 3180544945

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do Acidente: 17/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180544945** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13673239





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Igor Dias pereira		CPF titular da conta 070.987.163-59	Profissão Atendente Geral
Endereço Rua Abaeté		Número 1996	Complemento
Bairro Planalto Santa Fé	Cidade Terresina	Estado Pernambuco	CEP 64.000-000
E-mail		Telefone (DDD) 86 3227.9131	

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)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome		NRO	
Igor Dias pereira			
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
8840		22561.2	570
(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.

Terresina 06 de outubro de 2018

Local e Data

Igor Dias pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Igor Dias pereira

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003493/2018-35

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Esp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 03/10/2018 - 09:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA MARIA ARAUJO, Nº: 2804

Complemento

Data/Hora

17/07/2018 - 00:50

codos

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Inu.

Ponto de Referência

ELETROBRÁS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IGOR DIAS PEREIRA (22 ANOS)

RG: 3526647 SSP PI

Mãe: IVONE DIAS PEREIRA

Endereço: RUA ABAPÁ, Nº 1996

Bairro: SANTA FÉ

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG150 FAN ESDI, COR VERMELHA, PLACA PID-2761-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO AO DESCER UMA LADÉIRA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HUT (PRONTUÁRIO 482506). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTIFICANTE.

Francieleide Lima
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Igor Dias Pereira
IGOR DIAS PEREIRA (22 ANOS) - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

RECEBIDO

13 NOV 2018

Seguradora Lider DPVAT

Estado
Prefe

Comprovação de ato declaratório

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMUSAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº 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	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo da ocorrência				
	19 Vitimas				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Assistência	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas				
	27 Pulso				
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento				
	29 Dor				
30 Escala de Dor de 0 a 10					
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
35 Observações Interdisciplinar					
36 Responsável pela recepção					
37 Enfermeiro					
38 Condução					

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/12/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: IGOR DIAS PEREIRA

BANCO: 341
AGÊNCIA: 08840
CONTA: 000000022561-2

Autenticação:
25CF23D7FE9F1D9868D1E100401F30462926C0DC412DA3B0B49540FD2FD938BE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, IGOR DIAS PEREIRARG nº 3-526-647, data de expedição 12/11/14, Órgão Teresina-PI

CPF nº 070.987.163-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Abapã 199</u>
Número	<u>1996</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bairro Urbano. planalto Santa Fé</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.000-000</u>
Telefone de Contato	<u>86 - 3227-9131</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina 06 outubro 2018Assinatura do Declarante: x IGOR DIAS PEREIRA



Para consulta com a
Eletrobras, informe
este número

SEU CÓDIGO

0429598-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.340/0001-00 | Ins. Estadual: 15.201.353-6
Nota Fiscal / Conta de Energia ENEA - Série B-1
Regime especial de Imposto instituído pela Lei nº 06/98

Nº da Nota Fiscal 012162078

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

PERÍODO DE VENCIMENTO	PERÍODO DE CONSUMO	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	18/10/2018	123,46

ELIZETE FERREIRA DA SILVA
R. ABAPA 1996 1996 B-URBANO
CPF: 00094851166320
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DE LEITURAS	DATA DA LEITURA
Atual: 16596	10/10/2018
Anterior: 16463	11/09/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	12/11/2018
Consumo Medido: 133	Próxima Leitura: 09/10/2018
Consumo Faturado: 133	Apresentação: 10/10/2018
FCAM	

Nº da Unidade Consumidora	Nº da Unidade Consumidora
NORMAL	29

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSE	TIPO	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA	CÓDIGO FISCAL	MÓDULO
RESIDENCIAL	RES	1225814	1.1.1.1	169	

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
SET/18 122	CONSUMO 133 A R\$ 0,834032 =	110,92
AGO/18 164	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,64
JUL/18 67	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,34
JUN/18 177	MULTA POR ATRASO 09/18-00	2,05
MAI/18 164	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	0,51
ABR/18 157	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,64	
MAR/18 203		
FEV/18 190		
JAN/18 99		
DEZ/17 262		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
E A 133 - 0,684030		

LIGUE 0800 086 0800 PARA FAZER OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/10/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO FAAS. 6499.C11C.D979.909B.7F02.B11D.47CF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TAXAS - R\$
Distribuição: 80,55	Base de Cálculo: 110,92
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 22,00%
Tarifa Social: 0,00	Valor do ICMS: 24,40
Outros: 0,00	Valor do PIS: 1,09
TOTAL: 80,55	Valor do COFINS: 5,08

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TERESINA	08/2018	47,83				



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.340/0001-00 | Ins. Estadual: 15.201.353-6

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0429598-6	123,46
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	18/10/2018
Nº da Nota Fiscal: 012162078	FCAM

Documentação médico-hospitalar



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Isaac Dias Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 482506

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 Radenção - Fone: 86 3218 3145
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.913/0001-02

Imp: 17/07/2018 18:34:41

(User: MARILENE SIQUEIRA)

(Estação: ACC001)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome:	IGOR DIAS PEREIRA	Prontuário:	482506
Mãe:	IVONE DIAS PEREIRA	Pai:	
End. Resid.:	RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	21/05/1996	Idade:	22a1m27d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-94328-089
Responsável:	ROBERTA FERREIRA DA SILVA	CNS:	698050067485245
Profissão:		Documento:	CPF: 070.987.163-59
E. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Casado(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	674828	Data:	17/07/2018 18:28:35	Condução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura:	MAL SÚBITO/MAL ESTAR			Convênio:	S U S
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:					

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
PACIENTE ENCAMINHADO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. HÁ + 24H. SEM USO DE CAPACETE. COM RELATO DE FERIMENTO EM FACE, RNC, FEBRE E ESCORIAÇÕES.	MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 Emp: 17/07/2018 18:34:40		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente encaminhado para avaliação de neurologico, há 15 horas sofreu acidente de moto, sem uso de capacete.

A- Vias aéreas permeáveis, cervical estável.

B- Boa respiração, ausculta pulmonar normal.

C- Sem sangramento ativo, SaO₂: 87%.

D- Glasgow 9

E- Escoriações múltiplas em face

PA ____ X ____ mmHg Pulso: 143 FC: ____ bpm Temp: ____

Diagnóstico inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Catele O₂ 3L/min

TC crânio

Dipirona 500 mg 2cc + AD, EV (17)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indicar o Procedimento e CID

DATA: 17/07/2018 HORA: 18:34:40

Procedimento: CID:

Roberto Ferreira da Silva

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Dr. Edna Faria S. R. M. CRM 10000 1068

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: 17/07/2018 18:34:51

(MARILENE SIOUEIRA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGOR DIAS PEREIRA		Prontuário: 482506	
Mãe: IVONE DIAS PEREIRA		Pai:	
End. Resid.: RUA ABRA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 21/05/1996	Idade: 22a1m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-94328-029
Responsável: ROBERTA FERREIRA DA SILVA		CNS: 898050067485245	
Profissão:		Documento: CPF: 070.987.163-59	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 674828	<u>Data:</u> 17/07/2018 18:28:35	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> MAL SÚBITO/MAL ESTAR		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1 : ESPECIALISTA:
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: 100
100
100
 Carimbo/Assinatura Solicitante
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1 :
100
100
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Data/Hora Solicitação: 18/07/18 : 08:57 ESPECIALISTA: Carimbo/Assinatura Solicitante
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Exame TC Torax
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: 18/07/18 08:57
 Pac. vit. residente em localidade. Apente adeno em região periferica
 equívoca peristitil esquerda. Pac. apresentava fase de crescimento.
 A exame TC Torax foi verificado fratura de membrana lateral
 e fratura de costela. De ans expontil e bordado clímax 'pac
 de curta e bone clímax
 hecile: avaliação após 24 horas.
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	IGOR DIAS PEREIRA	PRONTUÁRIO	482506
DA CLÍNICA	NCR	LEITO	216-154
À CLÍNICA	BUCCO		

MOTIVO DA CONSULTA

Pelo ex. contem de meu zygomatico nasal
sintetizado pela BUCCO no 14/07/18 a qual
procura para os sintomas 24h depois
notando sintomas com

DATA: 20/07/18

Dr. João Paulo Sousa Filho
Médico
2018

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

* Paciente vítima de trauma;
* TC indica fratura de arco zigomático e sut frontozigomá-
tica.
Ed: aguardar lib da especialidade p/ intervenção
cirúrgica

João Paulo Sousa Filho
Médico
CONF. COM ORIGINAL

DATA: 20/07/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Imp: 17/07/2019 18:34:51

MARILENE STOJEIRAN

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGOR DIAS PEREIRA		Prontuário: 482506	
Mãe: IVONE DIAS PEREIRA		Pai:	
End. Resid.: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 21/05/1996	Idade: 22a1m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-94328-089
Responsável: ROBERTA FERREIRA DA SILVA		CNS: 898050067485245	
Profissão:		Documento: CPF: 070.987.163-59	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>DADOS DO ATENDIMENTO:</u>	
<u>Código:</u> 674828	<u>Data:</u> 17/07/2018 18:28:35
<u>Clas. Cor:</u> Laranja	
<u>Motivo da Procura:</u> MAL SÚBITO/MAL ESTAR	<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/ : ESPECIALISTA:
 MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: 1000 12.13- 1943/14
1000
1000
 Carimbo/Assinatura Solicitante
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/ :
1000 12.13- 1943/14
1000
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
 1000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Data/Hora Solicitação: ____/____/____ :____
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 18/07/18 08:47

[illegible]

~~CARLOS~~ Prof. Parecer
CIRURGIA PLASTICA
IMPLANTADO EM
CRO. d. m.



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 292001800	Nº REGULAÇÃO: 33971	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
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: NEUROLOGIA		
PACIENTE: IGOR DIAS PEREIRA		NASCIMENTO: 21/05/1996

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO A CERCA DE 15 HORAS, SEM USAR CAPACETE, APRESENTA FERIMENTO DE FACE E ESCORIAÇÕES EM TRONCO. ACOMPANHANTE INFORMA REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA DESDE O MOMENTO DO ACIDENTE. SOLICITO AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): OUTR TRAUM DA CABECA E OS NE

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 150x90(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 90bpm **SATURAÇÃO:** **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 17/07/2018 17:48:00

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DR. Igor Dias Pereira
CRM 21.110
Rég. 042.117

Igor Dias Pereira
Rég. 042.117
CONFERE COM O ORIGINAL



218838

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113095

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 218838
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IGOR DIAS PEREIRA			6 - Prontuário: 482506	
7-CNS: 898050067485245	8-Nascimento: 21/05/1996	9-Sexo: Masculino	CPF: 070.987.163-59	
11-Mãe: IVONE DIAS PEREIRA				12-Fone: 86-94328-089
13-Resp: ROBERTA FERREIRA DA SILVA				14-Cor: Parda
15-Ende: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - 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 TCE, sem lesões aparentes por TC crânio, no entanto, em RNC, Glasgow 10, febre, sem melhora do nível CS, piora estado geral + contusão pulmonar.

21 - Condições que justificam a internação:

- As Acima Citadas.

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

- As Acima.

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prim: **S068**

25-CID Sec.:

26-CID T. Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0303040092** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)**

29-Clinica: **02** 30-Caráter: Ident.: **01** 31-Docum.: **CPF** 32-Doc. Méd. Solic.: **839.382.143-68**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ERICA PATRICIA SOUSA REIS MENESES

34-Data Solicitação:

18/07/2018

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

Dr. Marcus Vinícius dos Santos
CRM: 3950

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Serie:
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:	
48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
() CNS () CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (LARISSA APAGAO)	Consulta Local: 674028
<i>Renildo Silva de Carvalho</i>	Consulta SUS:	Impressão: 18/07/2018 00:18:22

OUT DR. Z. L. V. BOOCH
FOR 6 MAR 1968
NAME TORAX 4360X
DAY 1029 18 01-70

DAK 10278

Harry DeLancey



NOME DO PACIENTE: ICOR DIAS PEREIRA

NASCIMENTO: ~~20/03/1985~~ (S)

U.T.-HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA					
NOME DO PACIENTE: IGOR DIAS PEREIRA					
NASCIMENTO: 20/08/1978 (ANOS)					
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA #TCE + TRAUMA DE FACE #	PRONTUÁRIO O 482506	CLÍNICA EMERGÊN- CIA	ENF ou APT SALA VERDE	MÉDICO ASSIST.
		QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
17/07/18	1) DIETA ORAL, LIQUIDO-PASTOSA	Visto Nutricional Tatiane Cabral GRN/PPI 11		01:45 Glicemia Capilar 151 mg/dl	
	2) RESTRIÇÃO HÍDRICA 500 ML/DIA (Lento e Rápido)	()		02:00 - T: 37.8°C	
	3) SF 0,9% 1000 ML, EV, PARA 24 H				Tamara Maryse Caldeira Enfermeira COREN-TO 476.911
	4) RANITIDINA 50 MG/2 ML - 01 AMP + AD 18 ML EV LENTO 8/8 H				
	5) HEPARINA NÃO FRACIONADA 5000 UI/0,25 ML - 01 AMP SC 12/12 H				
	6) GLICEMIA CAPILAR 6/6 H				
	7) INSULINA REGULAR, SC, CONFORME GLICEMIA:	Janeiro de 2019 Dia 19 CONF. ELETROCARDIOGRAMA			
	< 180 MG/DL = NÃO FAZER				
	180 - 199 MG/DL = 02 UI				
	200 - 249 MG/DL = 04 UI				
	250 - 299 MG/DL = 06 UI				
	> 299 MG/DL = 08 UI				
	8) GLICOSE 50% - 40 ML EV SE GLICEMIA < 80 MG/DL				
	9) DIPIRONA 500 MG/ML - 02 ML + AD 08 ML EV				

José Cícero G. Ribeiro
 Médico
 CRM-PE. 1930

NOME <u>Don Quixote Pereira</u>		IDADE <u>81</u> ANOS	DATA <u>24.07.2018</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>17 hs 00 min</u>		TIPO DE ANESTESIA <u>GERAL</u> () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA <u>grad. zigoma</u>		CIRURGIÃO		
SINAIS VITAIS		HORÁRIO		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		ADMISSÃO		SAÍDA
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)				
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)				
TEMPERATURA AXILAR (O° C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME E MATRÍCULA				
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		
SAÍDA				
ATIVIDADE MUSCULAR				
RESPIRAÇÃO				
CIRCULAÇÃO				
CONSCIÊNCIA				
SATURAÇÃO O ₂				
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.		
() Sonda Vesical		() Dreno de Sucção		() Dreno Torácico
() DVE		() Colostomia		Sonda () Nasog() Nasoe
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:				
17h: Admitido na sala, com rot. - grad. zigoma, sob efeito de anestesia geral, consciente, agitado, febril. Ausculta: respir. r, enteral. RVP: r, sem queixas.				
17:30h: Rota r, enteral.				
RAIO-X REALIZADO				
DATA 24.07.2018				
Técnico: <u>Roberto</u>				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()				
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD				



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3045

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.914/0001-02

Imp: 17/07/2018 18:34:41

[User: MARILENE SIQUEIRA]

[Estação: ACCR01]

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	IGOR DIAS PEREIRA	Prontuário:	482506
Mãe:	IVONE DIAS PEREIRA	Pai:	
End. Resid.:	RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	21/05/1996	Idade:	22a1m27d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-94328-089
Responsável:	ROBERTA FERREIRA DA SILVA	CNS:	898050067485245
Profissão:		Documento:	CPF: 070.987.163-59
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Casado(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	674828	Data:	17/07/2018 18:28:35	Condução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura:	MAL SÚBITO/MAL ESTAR			Convênio:	S U S
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
PACIENTE ENCAMINHADO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. MÁ * 24H. SEM USO DE CAPACETE. COM RELATO DE FERIMENTO EM FACE, RNC, FEBRE E ESCORIAÇÕES.		MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 EM 17/07/2018 18:34:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente encaminhado para avaliação de neurológica, há 15 horas sobre acidente de moto, sem uso de capacete.

A- Vias aéreas permeáveis, cervical estável

B- Boa respiração, ausculta pulmonar normal

C- Sem sangramento ativo, SpO2: 87%

D- Glicemia 9

E- Escoriações múltiplas em face

PA	X	mmHg	Pulso:	143	FC:		bpm	Temp:	
Diagnóstico inicial:								CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ox 3L/min

TC crânio

Dipirona 500 mg 2cc + AD, EV

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	1/1	HORA:		Se internação, indicar o Procedimento e CID
				Procedimento
				CID

Roberto Ferreira da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico
Dr. Carlos Victor Sousa Rodrigues
Médico
CRM-PI 4892
6303N40092 5068



—



Dr. José Carlos A. Gómez
STRAJERGA BLVD. MAXILLOFACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO-PT 2265

Wed: 007

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE TIGOR DÍAS ROSIRE	PRONTUÁRIO 482506	D. NASCIMENTO	CLÍNICA 9.09	END. ou APT. 223	LEITO 6XT
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Fratura do Zígar maxilar	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE				
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 24/07/12 HORA: 12h	OBSERVAÇÕES				
Pos-Operatório	HORÁRIO				
Dito post-oc.					
SE 0.9% 500 ml					
Caf. Triaxam 18 12/12 h EV.					
Tilulil 20mg 12/12 h EV					
Dexamet 4mg 12/12 h EV					
Dipirona 2cc + AD EV 5/12h					
Pamidrolina 50mg 12/12 h EV					
Dr. Marcos Antônio de Sousa Cirurgião, R. de São Paulo 240, J. 1 CNPJ: 07.011.774 Dr. José de Lima Cirurgião, R. de São Paulo 240, J. 1 CNPJ: 07.011.774 COPIA ORIGINAL					

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 113095	
	AIH: 2218100447640	

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 898050067485245	NOME DO PACIENTE IGOR DIAS PEREIRA	NASCIMENTO 21/05/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 482506
DOCUMENTO CPF 8632274121	TELEFONE 8632274121	NOME DA MÃE IVONE DIAS PEREIRA	RESPONSÁVEL ROBERTA FERREIRA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO SANTA FE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE COM REBAIXAMENTO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA LAGOW 10+TCE

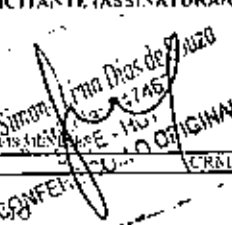
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S06.8 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0303040992 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO))  ERICKA PATRICIA SIQUEIRA CPF: 83938214388
LEITO/CLÍNICA CLÍNICA GERAL	DATA SOLICITAÇÃO 17/07/2018	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA ADMISSÃO 17/07/2018 18:28	MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
	DATA ALTA 24/07/2018 16:00	

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: 1949017391 CRM: DATA ANÁLISE: 01/08/2018 13:06:45	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRÔLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: CRM: DATA ANÁLISE:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/07/18

NOME DO PACIENTE: <u>Igor Dias Pereira</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>482506</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>geral</u>	N° DA SALA: <u>07</u>
CIRURGIÃO: <u>Martins</u>	CPF N°:
AUXILIAR: <u>est.</u>	CPF N°:
ANESTESIA: <u>Rodrigo / Coio</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Desterro</u>	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 11	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	—		LUVA N° <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	1mt.		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO N°	UNID.	02		<u>Crepom</u>	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 5.0		01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 3.0		01		CIRCULANTE: <u>6lar.</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>João Dias Pereira</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura do osso zigomáxila</u>		
Operação - Tipo <u>osteossintese da fratura do osso zigomáxila</u>		
Cirurgião <u>MATIAS</u>	1º Assistente <u>Edson</u>	
2º Assistente <u>Edson</u>	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>O.M.A.U</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Jane Simão Lima Dine de Sousa
1º Assistente
Cirurgião
C.R.C. 12.724
C.R.C. 12.724
C.R.C. 12.724

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Antes da fac + colocação do
cabo + uso intracanal da fac
do pilar zigomáxila + deslocamento do
Mucoperiósteo a pericóndrio - O.M.A.U - placa
fartado 4 parafusos + Sutura + fechamento

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião: Buco-Maxilo Facial
C.R.C. 12.724

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

Nº LAUDO: 115048

AIH: 2218101551920

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 R98050067485245	NOME DO PACIENTE IGOR DIAS PEREIRA	NASCIMENTO 21/05/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 4K2506
DOCUMENTO CPF 1632279131	TELEFONE 1632279131	NOME DA MÃE IVONE DIAS PEREIRA	RESPONSÁVEL ROBERTA FERREIRA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		
BAIRRO SANTA FE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA DE FACE/LAGOW 10%TC

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

EXAMES FORAM REALIZADOS CORTES AXIAIS DE 5 E 10MM DE ESPESSURA DA BASE À CONVEXIDADE DO CRÂNIO NO PLANO CANTO-MEATL RELATIVO AO EDEMA/HEMATOMA SURGAL/AL FRONTO-TEMPORAL ESQUERDO - FRATURA COMINUTA NO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA A ESQUERDA - PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE - AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL - SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS - CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES - AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS - MÚLTIPLAS FRATURAS NOS OSSOS DA HEMIFACE ESQUERDA.

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S024 - FRATURA DOS OSSOS MAXILARES E MAXILARES

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1404020704 - OSTEOSINTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

24/07/2018

DATA ADMISSÃO
24/07/2018 16:00

DATA ALTA
25/07/2018 16:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

ERICA PATRICIA SILVA
CRM: 2218101551920

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO/AUDITORIA

ERICA PATRICIA SILVA
CRM: 2218101551920

CRM:

DATA ANALISE: 02/08/2018 17:34:17

CRM:

CRM:

DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU 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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482506)
 Endereço: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a1m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 674828
 Requisição: 856134 Solicitação: 17/07/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1059254 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 17/07/2018

T.C. DE CRÂNIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-TEMPORAL ESQUERDO.
- FRATURA COMINUTA NO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA À ESQUERDA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS.: MÚLTIPLAS FRATURAS NOS OSSOS DA HEMIFACE ESQUERDA.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/07/2018

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482506)
 Endereço: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a2m23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219240
 Requisição: 858159 Solicitação: 24/07/2018 Solicitante: MATIAS ARAUJO DA SILVA
 Controle: 1061829 Convênio: S U S CLINICA CIRURGICA - P09 ENFERMARIA 223 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204010144

Data Exame: 24/07/2018

SEIOS DA FACE

O estudo radiológico da face foi realizado em duas incidências.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- Seios frontais de transparência normal
- Células etmoidais anatômicas
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na parede lateral do seio maxilar esquerdo.

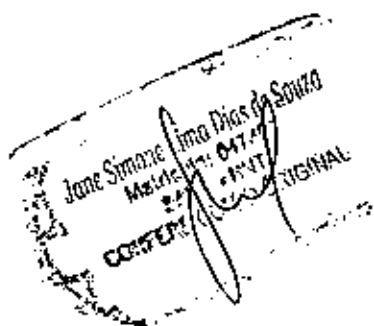
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 13/08/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Igor Dias Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 482461

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: 85 3218 5445

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

17/07/2018 02:21:17

(Gdar: RALMUNA SQUARES)
(Nestation RECEPCADIZ)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:			
Nome: IGNORADO		Prontuário: 482461	
Mãe: NAO INFORMADO		Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/04/1993		Idade: 25a3m16d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO		Fone:	
Profissão: NAO INFORMADO		CNS:	
G. Instrução: Nao informado		CPF: - - - - - * RG: -	
End.Local.: - - -		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:				
Código: 674744	Data: 17/07/2018 01:58:58	Condução: AMBULANCIA DO SAMU		
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC				Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não	CID Secundário: V299	

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS:
 Paciente trouxe pela sua própria de acidente de moto,
 incontinente. A essa, aversão porca, com color urinal e prur
 da região. Bursite posterior logo aveludado (para colapso)
 dat 187. (C) sangramento atreco na pele, em dom incolor;
 pilos. exteural (D) glangos, e, papulas incoloras e fotoreagentes.
 (E) escoriações na pele e dorso, ombro esquerdo, intercostal de 11to L.
 Lúcio inferior

~~AUT. DR. ZENON FLOREANU~~
TOMOGRAFIA COMPUTATOGRFICA

PA <u> </u> X <u> </u> mmHg	Pulso: <u>chuo</u>	FC: <u>120</u> EX DPT <u>CC</u> T <u>MANIO + FACE</u>
Diagnóstico Inicial:		DATA: <u>17/07/18</u> CID: <u>S. 007</u>

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

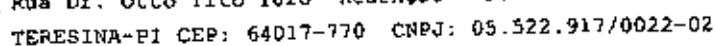
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, TC de tórax, TC de abdômen e TC de pelve.

☐)Melhorado ☐)Administrative		☐)Retornar a Unid. Origin.
☐)Curado ☐)Por Indisciplina		☐)Transferência:
☐)Inalterado ☐)Por Evasão		DATA SAÍDA: <u>18/11/70</u> HORA: <u>10:00</u>
☐)A Pedido		☐)Internação na Unidade
<u>DESTINO:</u>		<u>Proced. Solicitado:</u>
☐)Até 24 Ms ☐)Família		☐)Internação
☐)De 24 a 48 Ms ☐)IML		CID Compatível:
☐)Após 48 Ms ☐)Anat. Patol.		Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



(REIMJNDA SOARES)

DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário:	482461
Nome: IGNORADO			
Mãe: NAO INFORMADO		Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/04/1993	Idade: 25a3m16d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: CPF:	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:			
<u>Código:</u> 674744	<u>Data:</u> 17/07/2018 01:58:58	<u>Clas. Cox:</u> Indefinido	
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Neuroma 9h
Tuberculose do lobo neurológico

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Dr. Marcelo Spall/Kio

Dr. Marcus Vinícius O. dos Santos
Neurocirurgião
CRM: 3950

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 17/07/18 **ESPECIALISTA:** Dr. José Carlos O. Gomes Filho

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente masculino, não casado, 62 anos, 02:37h, peso: 84 kg, estatura: 1,70m, RX de Tórax sem alterações, obtido sem sinais de
patente, pulmões estáveis

CD: Ata cirúrgica
Realizada Atua + RTB Denial

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 17/07/18 14:00 # CTBME
Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando fratura do C6 e
fratura da base do crânio, não colaborativo ao exame clínico
mas com resposta reflexa rígida e tônus cervical e respiração nasal.

CONDIÇÃO: Assimilação da lesão da cervical e da base do crânio
Para reavaliação pela CTBME - 02 Examinar a sala de Emergência

Assinatura do Especialista: Dr. José Carlos O. Gomes Filho
Assistente Social
Implantadora



Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde
Hospital de Urgência de Teresina
Gerência de Faturamento



Fundação Municipal de Saúde



BOLETIM PARA REGISTRO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - HUT

PACIENTE: IGOR DIAS PEREIRA

PRONT 482461

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

TIPO DE ANESTESIA: Local

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO EM: 17.1.07.1.18

(X) Assepsia e anestesia local com Lidocaína

(X) Colocação de campo estéril

(x) Sutura

(X) Curativo Local

(X) Orientação para cuidados e retirada de pontos

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT
AGULHA 13 x 4,5	UNID	01	SERINGA CC	UNID	
AGULHA 25 x 7	UNID		SERINGA CC	UNID	
AGULHA 25 x 8	UNID		SONDA VESICAL nº	UNID	
AGULHA 40 x 12	UNID	01	SONDA URETRAL nº	UNID	
GASE	UNID	01	SNG nº	UNID	
COMPRESSA	UNID		SONDA NASOENTERAL nº	UNID	
ATADURA	UNID				
ESPARADRAPO	CM	15			
EQUIPO GOTAS	UNID				
JELCO nº	UNID				
SCALP nº	UNID				
SORO FISIOLÓGICO ml	FR				
FORMOL	ML				
LUVAS nº 8,0	UNID	01			
LUVAS DE PROCEDIMENTO	UNID	01			
LAMINA BISTURI nº	UNID	01			
ALCOOL 70%	ML				
PVPI DEGERMANTE	ML	20			

Observações:

Profissional executante:

Auxiliar:

Fundação Municipal de Saúde - Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha - CNPJ: 05.522.917/0001-70

Rua Otto Tito 1820 - Bairro Redenção - Teresina - Piauí - CEP: 64.017-775

**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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482461)
 Endereço: ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a3m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 674744
 Requisição: 855971 Solicitação: 17/07/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1059077 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 17/07/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

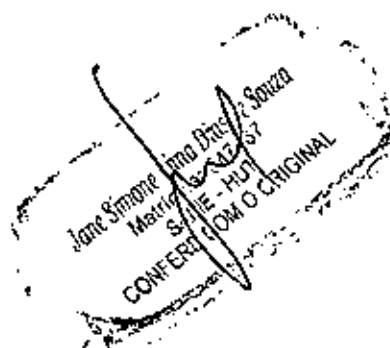
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/09/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482461)
Endereço: ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a3m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 674744
Requisição: 855971 Solicitação: 17/07/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1059078 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 17/07/2018

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO – FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/09/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Jorge Augusto Moura Fe
Matrícula: 04747
SAZ
CONFERE C. 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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482461)
Endereço: **ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a1m27d Sexo: Masculino Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **674744**
Requisição: **855972** Solicitação: 17/07/2018 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1059079** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 17/07/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/07/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482461)
 Endereço: ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a1m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 674744
 Requisição: 855974 Solicitação: 17/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1059081 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 17/07/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- FRATURAS NA FACE COM HEMOSSINUS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/07/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

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

Prontuário:

482506

Internação:

218838

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGOR DIAS PEREIRA				
End. Resid.: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	21/05/1996	22alm29d	Casado(a)	
Admissão:	G. Instrução:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Procedência:
17/07/2018	Não informado	86-94328-089	898050057485245	TERESINA
Pai:			Mãe: IVONE DIAS PEREIRA	
Responsável: ROBERTA FERREIRA DA SILVA				
End. Responsável: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE				
TERESINA - PI			64000-010	
Documento: CPF: 070.987.163-59				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):				
MAL SÚBITO/MAL ESTAR				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data:	Hora:	Data:	Hora:	
18/07/2018	18:28	25/07/18	08:00	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)				
CID 10: S06B - Outros traumatismos intracranianos				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <i>Fixação de fratt. do COZM E</i>				
CID 10: <i>S02.4</i>				
Tratamento Realizado:				
<i>Parafusos. Fixação do COZM E com placas e</i>				
Exames Realizados:				
<i>TC de face, Hemograma, coagulograma</i>				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

25-07-18
Data

Dr. José Carlos O. Gomes Filho
CIRURGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRM 012704

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.526.647 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/14

HOME

IGOR DIAS PEREIRA

FILIAÇÃO

IVONE DIAS PEREIRA

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 256840-1326A F 70V

EXP. TERESINA-PI 28/12/09

TERESINA-PI

070.987.163-59 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.110-DE 23/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITO

1991 Dias Pereira

0100044

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE