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

Delegacia Geral da Polícia Civil — Gerência de Polícia Especializada — 523 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000632/2018-63

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA **Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa**

Data/Hora: 17/10/2018 - 12:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora
12/09/2018 - 06:40

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Municipio
TERESINA

Bairro
GURUPI

Endereço
BR 343, Nº:

Complemento

Ponto de Referência
ALFA VILLE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 4867693 SSPPI PI
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA
Pai: DOZI ALVES DE SOUSA
Endereco: QUADRA C CASA 05 LOT. VITÓRIA FREI DAMIÃO, Nº
Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO
Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR-343, SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTO YAMAHA/TII5 CRYTON K, COR BRANCA, ANO 2015, PLACA PIN-7070, RENAVAM 01074856110 DE PROPRIEDADE DE JOSÊ RIBEIRO DE SOUSA, E NAS PROXIMIDADES DO CONDOMÍNIO ALFA VILLE, O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS , QUE SEGUIA NA MESMA VIA EM SENTIDO CONTRÁRIO, COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE, QUE FICOU LESIONADO , FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio F. Barbosa
Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

José Ribeiro de Sousa
JOSE RIBEIRO DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegacia Geral da Polícia Civil — Gerência de Polícia Especializada
Delegado de Polícia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

Delegacia Geral de Polícia Civil — Gerência de Polícia Especializada — 523 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000632/2018-63

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA **Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa**

Data/Hora: 17/10/2018 - 12:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora
12/09/2018 - 06:40

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Bairro
GURUPI

Municipio
TERESINA

Endereço
BR 343, Nº:

Ponto de Referência
ALFA VILLE

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 4867693 SSPPI PI
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA
Pai: DOZI ALVES DE SOUSA
Endereco: QUADRA C CASA 05 LOT. VITÓRIA FREI DAMIÃO, Nº
Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO
Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR-343, SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTO YAMAHA/TII5 CRYTON K, COR BRANCA, ANO 2015, PLACA PIN-7070, RENAVAM 01074856110 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA, E NAS PROXIMIDADES DO CONDOMÍNIO ALFA VILLE, O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS , QUE SEGUIA NA MESMA VIA EM SENTIDO CONTRÁRIO, COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE, QUE FICOU LESIONADO , FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio F. Barbosa
Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

José Ribeiro de Sousa
JOSE RIBEIRO DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegacia Geral da Polícia Civil — Gerência de Polícia Especializada — Delegado de Polícia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 291.410-188-00 | Nome completo da vítima: José Ribeiro de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: José Ribeiro de Souza | CPF: 291.410-188-00

Profissão: carpinteiro | Endereço: Lot Vitória A-C | Número: 05 | Complemento:

Bairro: Gurupi | Cidade: Teresina | Estado: PI | CEP: 64091-600

E-mail: | Tel.(DDD): (86) 9-8815-6429

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 (13) CONTA: 295588 (1)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da data do acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação eventuais lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo/concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Teresina 13/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Ribeiro de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	291.410.188-00	Jose Ribeiro De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Jose Ribeiro De Sousa			CPF: 291.410.188-00
Profissão: carpinteiro	Endereço: Lot Vitoria Q-C C-05		Número: 05 / Complemento: casa
Bairro: Buenos	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64000-235
E-mail:			Tel.(DDD): (86)99534-6565

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

RENDA MENSAL:

- ☒ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0029 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 295588 1 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina-Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lazi Ribeiro de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	291.410.188-00	Jose Ribeiro De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Jose Ribeiro De Sousa			CPF: 291.410.188-00
Profissão: carpinteiro	Endereço: Lot Vitoria Q-C C-05		Número: 05 / Complemento: casa
Bairro: Buenos	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64000-235
E-mail:			Tel.(DDD): (86)99534-6565

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

RENDA MENSAL:

- ☒ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0029 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 295588 1 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina-Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lazi Ribeiro de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	291.410.188-00	Jose Ribeiro De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Jose Ribeiro De Sousa			CPF: 291.410.188-00
Profissão: carpinteiro	Endereço: Lot Vitoria Q-C C-05		Número: 05 / Complemento: casa
Bairro: Buenos	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64000-235
E-mail:			Tel.(DDD): (86)99534-6565

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

RENDA MENSAL:

- ☒ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0029 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 295588 1 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina-Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lazi Ribeiro de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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 Nº do chamado: 1682
02 Data do chamado: 12 09 18
03 PRO (código): 2909
04 Saída do PA: 6:150
05 Chegada ao local: 7 00
06 Saída do local: 7
07 Chegada ao 1º hospital: 7 145
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º Hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: B. R. 343
11 Bairro: Zona Leste
12 Município-UF: Teresina — Código IBGE
13 Ponto de referência: Alto Velle

Dados do Paciente

14 Nome: José Ribeiro de Sousa
15 Sexo: (1) Masculino 2- Feminino 9- Ignorado
16 Idade: 56a — 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim (2) Não 9- Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência
(01) - Acidente de transporte — HUT
02 - Agressão física-espancamento
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

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1- Pedestre (2) Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado
20 Meio de locomoção: 1- A pé 2- Automóvel (3) Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9- Ignorado
21 Outra parte envolvida: (1) Automóvel (2) Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 9- Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow =
ABERTURA OCULAR: 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: (5) Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6-Obedece a comandos (5) Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 73 Resp. PA 11X8 TAX. Sat02 95

25 Local da lesão

26 Pupilas: (1) - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial (1) - Cheio 2 - Fino Central 3 - Ausente
28 Sangramento: (1) - Sim 2 - Não
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor — Leve — 3 — Moderada — (7) — Intensa — 10
30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2-Não

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
Aspiração
Oxigênio
Curativos
Prancha longa/curta
Colar cervical
Kred
Imobilização de extremidades
Reanimação cardiopulmonar
Assistência obstétrica
Glicemia
Acesso Venoso
Medicamentos a)
b)
c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito: 1-Sim 2-Não — Antes do socorro — Antes do transporte — Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

P/ vítima de colisão moto e/ moto com trauma no pé direito + escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé. Segue com acesso venoso

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-150

CONFERE COM O ORIGINAL
Adm. R. Santos
P/ Martin Velosa Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE Deusa 180.160
Enfermeiro
Condutor Soares

Versão:27.11.2011

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 Nº do chamado: 1682
02 Data do chamado: 12 09 18
03 PRO (código): 2900
04 Saída do PA: 6:50
05 Chegada ao local: 7:00
06 Saída do local: 7:
07 Chegada ao 1º hospital: 7:45
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º Hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: B. R. 343
11 Bairro: Zona Leste
12 Município-UF: Teresina — Código IBGE:
13 Ponto de referência: Alto Velle

Dados do Paciente

14 Nome: José Ribeiro de Sousa
15 Sexo: (1) Masculino 2- Feminino 9- Ignorado
16 Idade: 56a — 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim (2) Não 9- Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência
(01) - Acidente de transporte — HUT
02 - Agressão física-espancamento
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

Acidente de Transporte

19 Vítima: (1) Pedestre (2) Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel (3) Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: (1) Automóvel (2) Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow =
ABERTURA OCULAR: 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: (5) Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6-Obedece a comandos (5) Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 73 Resp. PA 118/8 TAX. Sat02 95

25 Local da lesão

26 Pupilas: (1) - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial (1) - Cheio 2 - Fino; Central 3 - Ausente
28 Sangramento: (1) - Sim 2 - Não
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor — Leve — 3 — Moderada — (7) — Intensa — 10
30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2-Não

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
Aspiração; Oxigênio; Curativos; Prancha longa/curta; Colar cervical; Kred; Imobilização de extremidades; Reanimação cardiopulmonar; Assistência obstétrica; Glicemia; Acesso Venoso; Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT

33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito: 1-Sim 2-Não — Antes do socorro; Antes do transporte; Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

V/ Vítima de colisão moto e/ moto com trauma no pé direito + escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé. Segue com acesso venoso

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018

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

CONFERE COM O ORIGINAL
Maria R. Santos
Gerente Administrativa SAMU

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE Deusa 180.160
Enfermeiro
Condutor Soares

Versão:27.11.2011

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 Nº do chamado: 1682
02 Data do chamado: 12 09 18
03 PRO (código): 2900
04 Saída do PA: 6:50
05 Chegada ao local: 7:00
06 Saída do local: 7:
07 Chegada ao 1º hospital: 7:45
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º Hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: B. R. 343
11 Bairro: Zona Leste
12 Município-UF: Teresina — Código IBGE:
13 Ponto de referência: Alto Velle

Dados do Paciente

14 Nome: José Ribeiro de Sousa
15 Sexo: (1) Masculino 2- Feminino 9- Ignorado
16 Idade: 56a — 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim (2) Não 9- Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência
(01) - Acidente de transporte — HUT
02 - Agressão física-espancamento
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

Acidente de Transporte

19 Vítima: (1) Pedestre (2) Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel (3) Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: (1) Automóvel (2) Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow =
ABERTURA OCULAR: 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: (5) Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6-Obedece a comandos (5) Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 73 Resp. PA 118/8 TAX. Sat02 95

25 Local da lesão

26 Pupilas: (1) - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial (1) - Cheio 2 - Fino; Central 3 - Ausente
28 Sangramento: (1) - Sim 2 - Não
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor — Leve — 3 — Moderada — (7) — Intensa — 10
30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2-Não

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
Aspiração; Oxigênio; Curativos; Prancha longa/curta; Colar cervical; Kred; Imobilização de extremidades; Reanimação cardiopulmonar; Assistência obstétrica; Glicemia; Acesso Venoso; Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT

33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito: 1-Sim 2-Não — Antes do socorro; Antes do transporte; Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

V/ Vítima de colisão moto e/ moto com trauma no pé direito + escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé. Segue com acesso venoso

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018

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

CONFERE COM O ORIGINAL
Maria R. Santos
Gerente Administrativa SAMU

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE Deusa 180.160
Enfermeiro
Condutor Soares

Versão:27.11.2011

CREDI SHOP
MAIS CONQUISTAS NA SUA VIDA

Boleto para pagamento

Linha digitável: 03399.19961 34735.523523 60001.301013 9 77360000037218
Valor: R$ 372,18

Santander | 033-7 | FICHA DE CAIXA

NOME BENEFICIÁRIO CREDI-SHOP S/A	CNPJ/CPF BENEFICIÁRIO 62.895.230/0001-13	VENCIMENTO 12.12.2018
AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7	NOSSO NÚMERO 355235260001-3	DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018
NÚMERO DO DOCUMENTO 00000087180587	VALOR DO DOCUMENTO 372,18	VALOR PAGO

RECIBO DO CLIENTE

Nº CARTÃO ASSOCIADO	6031 35** **** 0492
	JOSE RIBEIRO DE SOUSA
N/Nº	355235260001-3
VENCIMENTO	12.12.2018

VALOR PAGO R$
Autenticação Mecânica no Verso

Santander | 033-7 | 03399.19961 34735.523523 60001.301013 9 77360000037218

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAÍBA

VENCIMENTO: 12.12.2018

BENEFICIÁRIO CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito				CNPJ/CPF BENEFICIÁRIO 62.895.230/0001-13	AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7
DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018	NÚMERO DO CARTÃO 6031 35** **** 0492	ESPÉCIE CARTÃO	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 12.12.2018	NOSSO NÚMERO 355235260001-3
USO DO BANCO	CARTEIRA 101	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO 372,18

INSTRUÇÕES

1. OS ENGARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLUÍDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.
2. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO
****
(+) MORA
****
(+) MULTA
****
(=) VALOR COBRADO

PAGADOR JOSE RIBEIRO DE SOUSA
LOT VITORIA -Q-C C-05
GURUPI
64091-600 TERESINA-PI

29141018800

Autenticação Mecânica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CREDI SHOP
MAIS CONQUISTAS NA SUA VIDA

Boleto para pagamento

Linha digitável: 03399.19961 34735.523523 60001.301013 9 77360000037218
Valor: R$ 372,18

Santander | 033-7 | FICHA DE CAIXA

NOME BENEFICIARIO CREDI-SHOP S/A	CNPJ/CPF BENEFICIARIO 62.895.230/0001-13	VENCIMENTO 12.12.2018
AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7	NOSSO NÚMERO 355235260001-3	DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018
NÚMERO DO DOCUMENTO 00000087180587	VALOR DO DOCUMENTO 372,18	VALOR PAGO

RECIBO DO CLIENTE

Nº CARTÃO ASSOCIADO	6031 35** **** 0492
N/Nº	JOSE RIBEIRO DE SOUSA
	355235260001-3
VENCIMENTO	12.12.2018

VALOR PAGO R$
Autenticação Mecânica no Verso

Santander | 033-7 | 03399.19961 34735.523523 60001.301013 9 77360000037218

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAÍBA					VENCIMENTO 12.12.2018
BENEFICIÁRIO CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito				CNPJ/CPF BENEFICIÁRIO 62.895.230/0001-13	AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7
DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018	NÚMERO DO CARTÃO 6031 35** **** 0492	ESPÉCIE CARTÃO	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 12.12.2018	NOSSO NÚMERO 355235260001-3
USO DO BANCO	CARTEIRA 101	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO 372,18

INSTRUÇÕES

1. OS ENGARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLUÍDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.
2. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO
****
(+) MORA
****
(+) MULTA
****
(=) VALOR COBRADO

PAGADOR JOSE RIBEIRO DE SOUSA
LOT VITORIA -Q-C C-05
GURUPI
64091-600 TERESINA-PI

29141018800

Autenticação Mecânica

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

equatorial ENERGIA
cepisa

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO 0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 753 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 018211785

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 – TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19725		Atual:	22/02/2019
Anterior:	19428		Anterior:	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Medido:	297		Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	FCAM	Apresentação:	22/02/2019
Forma de Faturamento: NORMAL		Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	195

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
JAN/19	365
DEZ/18	57
NOV/18	0
OUT/18	96
SET/18	299
AGO/18	232
JUL/18	184
JUN/18	208
MAI/18	211
ABR/18	159

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 297 - 0,523668

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	297 A R$ 0,957855 =	284,48
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		22,22
MULTA POR ATRASO 01/19-00		6,76
JUROS POR ATRASO 01/19-00		1,01

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 21/02/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO F2C6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.D972.48B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA – R$		IMPOSTOS/TRIBUTOS – R$	
Distribuição:	53,46	Base de Cálculo:	284,48
Energia:	103,28	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	17,48	Valor do ICMS:	76,80
Encargos:	11,02	Valor do PIS:	4,01
Tributos:	99,24	Valor do COFINS:	18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto: TERESINA-MACAUBA Período de apuração: 12/2018 EUSD: 19,43

CREDI SHOP

1523526

Jose Ribeiro de Sousa
LOT VITORIA - 0 -Q-c C-05
GURUPI
TERESINA-PI 64091-600

TED

Teresina, 29 de Junho de 2019

Prezado Associado,

Conforme sua solicitação, em 29/06/2019 às 12:13:57, estamos enviando a 2ª via do **Cartão Credi-Shop.** de n.º **6031 3552 3526 0567**. Para sua segurança, ao receber seu cartão verificar se seu nome está corretamente gravado. Após a verificação, assinar no verso, no local apropriado, com caneta esferográfica azul ou preta. Lembramos, ainda, que o seu novo cartão teve os 4(quatro) últimos dígitos modificados por medida de segurança.

Para qualquer esclarecimento, ligue para nossa **Central de Atendimento a Associados 24 h**, pelos telefones:

2106-1234 - Residentes em Teresina e Timon
0800-707-1234 - Residentes em outras localidades

Atenciosamente,

Aécio Magalhães
Credi-Shop S/A

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

ATENÇÃO: Para sua maior segurança, estamos enviando o seu cartão Credi-Shop **bloqueado**. Antes de utilizá-lo, ligue para a **Central de Atendimento** e solicite o desbloqueio.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CREDI SHOP

1523526

Jose Ribeiro de Sousa
LOT VITORIA - 0 -Q-c C-05
GURUPI
TERESINA-PI 64091-600

TED

Teresina, 29 de Junho de 2019

Prezado Associado,

Conforme sua solicitação, em 29/06/2019 às 12:13:57, estamos enviando a 2ª via do **Cartão Credi-Shop.** de n.º **6031 3552 3526 0567**. Para sua segurança, ao receber seu cartão verificar se seu nome está corretamente gravado. Após a verificação, assinar no verso, no local apropriado, com caneta esferográfica azul ou preta. Lembramos, ainda, que o seu novo cartão teve os 4(quatro) últimos dígitos modificados por medida de segurança.

Para qualquer esclarecimento, ligue para nossa **Central de Atendimento a Associados 24 h**, pelos telefones:

2106-1234 - Residentes em Teresina e Timon
0800-707-1234 - Residentes em outras localidades

Atenciosamente,

Aécio Magalhães
Credi-Shop S/A

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

ATENÇÃO: Para sua maior segurança, estamos enviando o seu cartão Credi-Shop **bloqueado**. Antes de utilizá-lo, ligue para a **Central de Atendimento** e solicite o desbloqueio.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

equatorial ENERGIA

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO 0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	368	395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	21430		Atual:	24/09/2019
Anterior:	21062		Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	368		Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	368	FCAM	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	204

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
AGO/19	285
JUL/19	222
JUN/19	205
MAI/19	204
ABR/19	178
MAR/19	243
FEV/19	297
JAN/19	365
DEZ/18	57
NOV/18	0

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 368 - 0,655310

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 368 A R$ 0,974683 =	358,68
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	28,94
CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,04
CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,53
MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,44
JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,11
MULTA POR ATRASO 08/19-00	5,52
JUROS POR ATRASO 08/19-00	1,38
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,71	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 23/09/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar nestas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 4301.D09F.81CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	70,54
Energia:	136,30
Transmissão:	23,05
Encargos:	11,28
Tributos:	117,51

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	358,68	261,83
Alíquota ICMS:	27,00%	
Valor do ICMS:		96,84
Valor do PIS:	1,40%	3,68
Valor do COFINS:	6,49%	16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto: TERESINA-MACAUBA | Período de apuração: 07/2019 | EUSD: 78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

equatorial ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0051869-7	395,64
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 027701998 FCAM

83660000003 5 95640017000 0 00000000051 3 86970919008 4

SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ribeiro De Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima José Ribeiro De Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GERAL SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua 24 De Janeiro		544	Sala
Bairro: Centro	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64000-235
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD): (86) 99534-6565	

Teresina, 28 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ribeiro De Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima José Ribeiro De Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GERAL SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua 24 De Janeiro		544	Sala
Bairro: Centro	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64000-235
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD): (86) 99534-6565	

Teresina, 28 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

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 Nº do chamado: 1682
02 Data do chamado: 12 09 18
03 PRO (código): 2900
04 Saída do PA: 6:50
05 Chegada ao local: 7:00
06 Saída do local: 7:
07 Chegada ao 1º hospital: 7:45
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º Hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: B. R. 343
11 Bairro: Zona Leste
12 Município-UF: Teresina
Código IBGE:
13 Ponto de referência: Alto Velle

Dados do Paciente

14 Nome: José Ribeiro de Sousa
15 Sexo: (1) Masculino 2- Feminino 9- Ignorado
16 Idade: 56a — 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim (2) Não 9- Ignorado

Tipo de Ocorrência

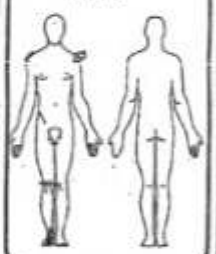
18 Tipo de ocorrência
(01) - Acidente de transporte - HUT
02 - Agressão física-espancamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1- Pedestre (2) Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel (3) Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: (1) Automóvel (2) Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow =
ABERTURA OCULAR: 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: (5) Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6-Obedece a comandos (5) Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum
24 Sinais Vitais: Pulso 73 Resp. PA 11X8 TAX. Sat02 95
25 Local da lesão



26 Pupilas: (1) - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial (1) - Cheio 2 - Fino Central 3 - Ausente
28 Sangramento: (1) - Sim 2 - Não
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor — Leve — 3 — Moderada — (7) — Intensa — 10
30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2-Não

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
Aspiração; Oxigênio; Curativos; Prancha longa/curta; Colar cervical; Kred; Imobilização de extremidades; Reanimação cardiopulmonar; Assistência obstétrica; Glicemia; Acesso Venoso; Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito: 1-Sim 2-Não — Antes do socorro; Antes do transporte; Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Vítima de colisão moto e/ gasto com trauma no pé direito + escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé. Segue com acesso venoso

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-270

CONFERE COM O ORIGINAL
Maria R. Santos
Gerente Administrativa SAMU

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE Deusa 180.160
Enfermeiro
Condutor Soares

Versão:27.11.2011

HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 229328

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

2ª Via (1ª Via c/ SANGUE) Cirurgia Geral OK Neuro OK

Neuro OK!

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

SUS SUS

Imp: 12/09/2018 09:43:41
(User: ALDENIA ARAUJO)
(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**Prontuário:** 229328	
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		**Pai:** DOZI ALVES DE SOUSA	
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	**Idade:** 58a9m27d	**Sexo:** Masculino	**Fone:** 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**CNS:** 898002384377452	
Profissão: CARPINTEIRO		CPF:	* RG: 33935138 - SSP-SP
G. Instrução: Médio Incompleto		**E.Civil:** Viuvo(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	**Data:** 12/09/2018 07:45:04	**Condução:** AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			**Convênio:** S U S
Acid.Trab.: Sim	**Trajeto?:** Sim	**Típico:** Não	**CID Secundário:** V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico, por volta das 7 hrs, com uso de capacete, apresentando perda de consciência no local do acidente e vômitos. (A) Vias aéreas permeáveis, presença de colar cervical e prancha, capacete retirado logo. (B) MV presente em hemitórax E e ausente em base de hemitórax D, expansibilidade torácica diminuída. (C) BNF, 2T, RR, SS abdome livre, indolor à palpação, plano. (D) Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes. (E) Escoriações e possível fratura em Pé D.

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Col. cervical
DATA: 12/09/18
Hugo ... ENGIN ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Pé (D)
DATA: 12/09/18

ALTA: ( )Melhorado ( )Curado ( )Inalterado ( )A Pedido	( )Administrativa ( )Por Indisciplina ( )Por Evasão	( )Retornar à Unid. Origem: Hugo ... ( )Transferência: ____ DATA SAÍDA: __/__/__ HORA: __:__
ÓBITO: ( )Até 24 Hs ( )De 24 a 48 Hs ( )Após 48 Hs	**DESTINO:** ( )Família ( )IML ( )Anat. Patol.	( )Internação na Unidade **Proced. Solicitado:** ____ CID Compatível: ____ Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C

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: 12/09/2018 09:43:41
(ALDENIA ARAUJO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA			**Prontuário:** 229328
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		**Pai:** DOZI ALVES DE SOUSA	
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	**Idade:** 58a9m27d	**Sexo:** Masculino	**Fone:** 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**CNS:** 898002384377452	
Profissão: CARPINTEIRO		**Documento:** RG: 33935138 - SSP-SP	
G. Instrução: Médio Incompleto		**E.Civil:** Viuvo(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	**Data:** 12/09/2018 07:45:04	**Clas. Cor:** Laranja	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			**Convênio:** S U S

2ª Via de Prontuário

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ ___:___ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Nova Dr. Marcílio Diego avalior TC de crânio e cervical, não evidenciou lesões, liberando na neurocirurgia

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ ___:___ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS Fundação Municipal de Saúde

SUS

15/11/1959

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO 229.329
DA CLÍNICA Ortopedia	LEITO 232/232
À CLÍNICA Cardiologia	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58 anos, fratura calcâneo.
Avaliar risco cirúrgico

DEPARTAMENTO DE SINISTR
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende,465 L
Centro - Norte CEP 64.002

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305
Tel: (86) 98884-0561

DATA: 21/09/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER Nega diabetes, tabagismo, asma, hipertensão ou alergias a drogas. Trabalhador de construção civil. Nega dor torácica aos esforços. Nega dispneia aos esforços habituais. Nega síncope.

Bom estado geral, consciente, orientado, eupneico. FC: 68bpm. PA 126x80 mmHg. AP: murmúrios vesiculares reduzidos em base direita. AC: bulhas rítmicas, hipofonéticas, sem sopros. Abdômen sem alterações. Membros sem edemas.

- Creatinina 0,8 mg/dl, K: 5 mEq/l
- ECG: sinusal (FC: 82bpm), PR 160 ms, ÂQRS entre 60 e 90°. Taquicardia em DIII e aVF.
- Glicemia capilar (14:57 - 21/9/18) 95 mg/dl
- Conclusão: conforme algoritmo do American College of Physicians o paciente apresenta baixo risco de complicação cardiovascular à cirurgia cirúrgica proposta.

14:57 - 21/9/18

DATA: ___/___/___

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS Fundação Municipal de Saúde

SUS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Ribeiro de Sousa

PRONTUÁRIO: 229328

DA CLÍNICA: ORTOPEDIA

LEITO: 232/232

À CLÍNICA: NEURO.

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58a, vítima de acidente automobilístico (12/09/18), com politrauma + fratura de calcâneo, evolui com cefaleia intensa.

Grat

Yuri Diogo Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

NCQ

Relato de cefaleia após queda de moto
TC de crânio e normal.
CH: (1) - sintomáticos.
(2) - outra mt grave

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 137460
AIH: 2218101745915

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328

DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
		1991

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF
RESIDENCIAL FREI DAMIAO	A88 M07 F18	221100 TERESINA	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

LIMPEZA CIRURGICA MID

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA

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

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
CPF: 87715406368 CRM:

CARÁTER	SOLICITAÇÃO
URGENCIA	29/09/2018

DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
29/09/2018 09:00	13/10/2018 12:00	MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA
CPF 06578216368 CRM DATA ANALISE 05/10/2018 09:27:38 CEP CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO: Sgmp c/ sedação	CIRURGIA: Fix decalcada
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR: Acad.	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Chagas	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPFNº:

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE nº 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	07	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	·		PVPI TINTURA	ML	·	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	·	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	·		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	·		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	·		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Lowa 7.5	02		
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA** Lowa 8.0		02	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exavos 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Eletrodos 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupom 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				murim 02			
ALCOFIL				Óleo de girassol			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL				CIRCULANTE: Lowana			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE S
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VER
13 DEZ 2018
GENTE SEGURADOR
Rua Coelho de Resende,46
Centro - Norte CEP: 64.

MOD - 094

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Ribeiro de Sousa		
Diagnóstico pré-operatório	Aneurisma de aórtico		
Operação - Tipo	Ressecção		
Cirurgião	Dr. Chagas	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador	Anestesista Dr. Hernandes	Anestesia Raque	
Anestésico(a)			
Data da Operação 29.09.18	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Pio das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Mod. 76 HUT

	FICHA DE ANESTESIA	FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA		
Nome: José Nelson de Sousa		Sala:	Alergia:	Data:
Procedimento:		Cirurgião:	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Midazolam 12	5mg												
2 Morfina 10	10mg												
3 Dipirona 10	1g												
4 Buscopan 01	01mg												
5 Dipirona 02	02g												
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%	02:00			03:00								

Acesso Vascular

- [x] Periférico _____
  Cat. Venoso nº 20G
- o Dificuldade aces. venoso
  Gastos __ cateteres
- o Central_____

Via Aérea

- o Cateter nasal
- o IOT nº _____
- o LMA nº _____

Monitorização:

- [x] Cardioscopia
- [x] PANI
- [x] Oximetro de pulso
- o ETCO2
- o Outros

Anestesia:

- o Geral Venosa
- o Geral Balanceada
- [x] Raquianestesia
- o Peridural
- o Bloqueio Periférico
- o Outros

Decúbito: Dorsal

150 / 100 / 50

	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
SPO2 (%)	99	99	99	98								
ETCO2 (mmHg)												
Aces. Venoso												
Aces. Venoso												
Diurese												
Perdas Sanguíneas												

Descrição da Anestesia: Raquianestesia agulha 26G, Cateter [illegible] RP+A [illegible] sem intercorrencia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C

Hernandes Barbosa Júnior
MÉDICO
Anestesiologista

HUT Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**

PACIENTE: José Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

DATA: __/__/__

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

26108

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 179263961260009

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

Prefeitura de Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

CURATIVO

CÓDIGO: 0401010015

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Jose Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPÉCTO:

( )NECROSADO
( )ESFACELO AMARELO
( )TECIDO DE GRANULAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: __/__/__

AUDITOR

ASSINATURA DO AUDITOR

DATA:

NDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSP DE URGÊNCIA
TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MEDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		1200 SSW . P . 60
13/10/18	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3718		PA: 130X60 mmHg
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _1comp VO 6/6hs	~~12~~ 18 24 06	
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h	~~12~~ 18 24 06	
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

Pacente apresenta hemorragia pelo SCQ 15.
c/ P. 60ml
s/ queixas.
Alta + orientações / Ind.
Ao c. Plantão.

Dr. [illegible] CRM: 2514 CURVELO 3751

Dr.Giordanio Cronembreger / Ortopedia e Traumatologia / CRM5415-TEOT10029
Dr. Yuri Jivago Félix / Ortopedia e Traumatologia / CRMPI2308
Dr.Ricardo S. Valença / Ortopedia e Traumatologia / CRM3766-TEOT:11305
Dr.Paulo H. V. Pessoa Filho / Ortopedia e Traumatologia / CRM3367

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		RAIO-X REALIZADO DATA 15/10/20 Técnico:
13/10/18			
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs		
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h		
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

Dr.Giordanio Cronembreger / Ortopedia e Traumatologia / CRM8145-TEOT:10808

Dr. Yuri Jivago Félix / Ortopedia e Traumatologia / CRMPI2908

Dr.Ricardo S. Valença / Ortopedia e Traumatologia / CRM3766-TEOT:11305

Dr.Paulo H. L. Pessoa Filho / Ortopedia e Traumatologia / CRM3367

UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HO AL DE
JRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MEDICA

Raquione

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
José Ribeiro de Sousa	229328	Ortopédica	232/232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÕES
	Pós-Op coluna		13:40' Retornou do CC em PO de cirurgia coluna
29/09/18			
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ml EV AO DIA		
3	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8\8 H		
4	DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 H		
5	TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12H		
6	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, IV, 8/8 H SOS		
7	CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6 H		
8	SSVV e CCGG		
	0		

Dr. Fr. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3620

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

OME JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA | IDADE 59 anos | DATA 29/09/2018

ORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 30 min | TIPO DE ANESTESIA( )GERAL( )RAQUE( )BLOQUEIO( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO

IRURGIA REALIZADA [illegible] | CIRURGIÃO [illegible]

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	109/71		100/64
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	108		83
SATURAÇÃO DE 02 (%)	98		100%
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Elenn		Elenn

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
		TOTAL	10			
		ASS.	[illegible]			

ESCALA DE DOR ADMISSÃO: 0 2 4 6 8 10

ESCALA DE DOR ALTA: 0 2 4 6 8 10

( )SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( )NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

UÇÃO DE ENFERMAGEM:

[illegible]

Jairo Francisco de M. Freitas
Enfermeiro
COREN-AP 157.397

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Italo Hipolito B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 5053 / RQE 2968

HORÁRIO | ANESTESIOLOGISTA

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 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081268 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087 Data Exame: 12/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superficies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

TERESINA - PI 03/11/2018

(IRANDI SILVA)

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854

Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081269 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150 Data Exame: 12/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superficies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081270 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170 Data Exame: 12/09/2018

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

(IRANDI SILVA) TERESINA - PI 03/11/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873086 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170 Data Exame: 12/09/2018

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 04/10/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 59a0m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
Requisição: 873309 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1081544 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Data Exame: 12/09/2018

Cod. SIA: 0204060109

CALCANEO DIREITO

O estudo radiológico do calcâneo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Contrôle pos operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Imobilização gessada.

TERESINA - PI 19/11/2018

(IRANDI SILVA)

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a9m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873465 Solicitação: 13/09/2018 Solicitante: DANIEL MOURA PARENTE
Controle: 1081721 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079 Data Exame: 13/09/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

TERESINA - PI 14/09/2018

(LUIS CEZAR)

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
Requisição: 879655 Solicitação: 03/10/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1089912 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079 Data Exame: 03/10/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(JOAO ANTONIO) TERESINA - PI 05/10/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

CIRURGIA REALIZADA: Osteossíntese de Calcâneo | CIRURGIÃO:

SINAIS VITAIS	HORÁRIO ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	102 / 63		113 / 69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77		61
SATURAÇÃO DE 02 (%)	100%		98%
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Adelina		Cadelina

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☑	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
		TOTAL	09			
		ASS.				

ESCALA DE DOR ADMISSÃO: 0 2 4 6 8 10

ESCALA DE DOR ALTA: 0 2 4 6 8 10

SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( )NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POI de osteossíntese de calcâneo, sem queixas, sonolento, orientado

RAIO-X REALIZADO
DATA: 22/08/16
T.ÔNICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA: 15:55
HORÁRIO

Dra. Patrícia Meneses
Médica Anestesiologista
CRM-PI 6312
ANESTESIOLOGISTA

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Proc. Nº _____
Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12/09/18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro da Silva	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. [illegible]	CPF Nº:
AUXILIAR: Res. [illegible]	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Antonio José	CPF Nº:
INSTRUMENTADOR: Jovenília	CPFNº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Atadura crepon	UNI	06	
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA**			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Algodão ortopédico	UNI	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	UNI	04					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Ana Paula			
PROLENE							

MOD - 094

FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA | Sala: 02 | Alergia: Nega | Data: 12/09/18

Procedimento: OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO DIREITO | Cirurgião: ANDRÉ | Observações: -

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROPOFOL	100mg												
2 CETAMINA	50mg												
3 LIDOCAÍNA	100mg												
4 SUCCINILCOLINA	80mg												
5 FENTANIL	250mg												
6													
7 DIPIRONA	2g												
8 RANITIDINA	50mg												
9 DEXAMETASONA	10mg												
10 ONDANSETRONA	4mg												
11 CETOPROFENO	100mg												
12 MORFINA							4mg						
13													
Oxigênio	1L/min												
N2O	1L/min												
volatil SEVOFLURANO	2 %												

Acesso Vascular
- [x] Periférico 16G MSE
- [x] Cat. Venoso nº 20 G MSD
- o Dificuldade aces. venoso
- Gastos __ cateteres
- o Central _____

Via Aérea
- o Cateter nasal
- [x] IOT nº 7,5 c/ cuff
- o LMA nº _____

Monitorização:
- [x] Cardioscopia
- [x] PANI
- [x] Oximetro de pulso
- [x] ETCO2
- o Outros

Anestesia:
- o Geral Venosa
- [x] Geral Balanceada
- o Raquianestesia
- o Peridural
- o Bloqueio Periférico
- o Outros

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	96	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)		45	44	44	45	46	45	44
Aces. Venoso	SF) 500ml	SF) 500ml			SF) 500ml	SRL) 500ml		
Aces. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguíneas								

→ Estimadas para 1000 ml

Descrição da Anestesia: Anestesia geral balanceada + IOT (*) c/ tubo 7,5 c/ cuff em sequencia rapida
MCV em sistema circular valvular + abs. CO_2 / s/ intercorrencias

(*) IOT c/ auxilio do bougie em 1ª tentativa
Cormack Lehane III b

Dr. Antônio José Marcelino Jr.
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
Anestesiologista

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA DE CALCÂNEO (D)
Operação - Tipo	OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO (D)
Cirurgião	1º Assistente
2º Assistente	3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista / Anestesia
Anestésico(a)	
Data da Operação	Início / Fim
Diagnóstico Pós-operatório	
Relatório Imediato do Patologista	
Acidente Durante a Operação	

André Leal de Vasconcelos
Ortopedia e Cirurgia da Mão
TEOT 13817 / CRM PI 4803

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
(2) ASSEPSIA, ANTISSEPSIA + CAMPOS + GARROTE
(3) LIMPEZA COM 10 LS F0,9% + DESBRIDAMENTO
(4) REINSERÇÃO DE TENDÃO CALCÂNEO POR SÍNTESE E PINAGEM DE CALCÂNEO COM 3 FIOS K 1(2,0) E 2 (2,5) + RADIOSCOPIA
(5) SUTURA + CURATIVO + TMA.

Mod. 76 HUT

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
José Ribeiro de Sousa					

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
	PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO			
25/05/18				
	Ribia Cláudia Albuquerque C. CIRURGIÃO GERAL CRM 4341			

MOD 007 - HUT

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 130107
	AIH: 2218101690849

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15.11.1959	M	[illegible]

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSAVEL
	86881564429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO [illegible]

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO
		[illegible]

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO
PARQUE JATARANA	ASS MOT FIX	TERESINA

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DE CALCANEO D

CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S920 - FRATURA DO CALCANEO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050535 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEO

LEITO/CLINICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA CARIMBO(Nº CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	ANDRE LEAL DE [illegible] CPF: [illegible] CRM:

CARATER	DATA SOLICITAÇAO
URGENCIA	12/09/2018

DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
12/09/2018 07:45	24/09/2018 12:23	PERMANENCIA POR MUDANCA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO RUZ MENDES CPF: 1317034*304 CRM: DATA ANALISE: [illegible]	CPF: CRM:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:

223557

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

133856

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	223557

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA — 6 - Prontuário: 229328

7-CNS: 898002384377452 — 8-Nascimento: 15/11/1959 — 9-Sexo: Masculino — RG: 33935138 - SSP-SP

11-Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA — 12-Fone: 86- 8815-6421

13-Resp: JOSE RIBEIRO DE SOUSA — 14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - CEP: 64069-990

16-Munic: TERESINA — 17-Cod.IBGE: 221100 — 18-UF: PI — 19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com grave infecção em pé D. Necrose de pele e perda de substância

21 - Condições que justificam a internação:

Hemoculturas +

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

Rai +

23-Diagnóstico Inicial: Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prin.: T009 — 25-CID Sec.: — 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178 — 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA — Tempo SUS: 3

29-Clinica: — 30-Caráter: 02 — Ident.: 01 — 31-Docum.: CPF — 32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR — 34-Data Solicitação: 24/09/2018

35-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

39-CNPJ Seguradora: — 40-No.Bilhete: — 41-Série:

42-CNPJ Empresa: — 43-CNAE Empresa: — 44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: — 47-Data Autorização:

48-Documento: ( )CNS ( )CPF — 49-Num. Documento:

1698 Marconides Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 1702639512000 1
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
Consulta Local: 683854
Consulta SUS:
Impressão: 24/09/2018 12:21:38

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 133856
	AIH: 2218101722200

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229325

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
		1991

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF
PARQUE ITARARE	A88 M07 F18	TERESINA	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DE CALCANEO D

CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	ANDRE LEA DE [illegible] CPF: [illegible] CS

CARATER	DATA SOLICITAÇAO
URGENCIA	24/09/2018

DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
24/09/2018 12:23	29/09/2018 09:00	PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DO [illegible]
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL - PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46501094715 CRM DATA ANALISE: 24/09/2018 12:26:27	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO — DATA 24 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr.	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Drª Fernanda	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Valdirene	CPFNº:

Dr. Jefferson M. de C. Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 3878 / TEOT - 11094

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	01		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.			Lenhadores	-	05	
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA**			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				escovas p/degermar	"	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Neves			
PROLENE							

Dr. Jefferson M. de C. Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 3878 / TEOT - 11094

MOD - 094

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Ribeiro de Sousa	
Diagnóstico pré-operatório	Infecção Pé (D)	
Operação - Tipo	2 DC	
Cirurgião		1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em ddh sob raquianestesia
2) Antissepsia, Asepsia Colocação de Campos Cir
3) Visualização de Secreção Purulenta e Tecidos Necróticos
4) Realizado 2 DC + Amplo desbridamento, Hove perda de tecido Fáscia
5) Lavagem + Curativo

Mod. 76 HUT

HUT

FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Jose Ribeiro de Sousa
Sala: 05
Alergia: nega
Data: 24/09/18
Procedimento: Limpeza
Cirurgião: Jameson
Observações:

Agentes	Unid		15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45
1 Mida 2mg.																	
2 Fenta 20mcg																	
3 Bupi P 7,5mg																	
4 Cefazolino 2g																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
Oxigênio																	
AR/N2O																	
Volatil	%																

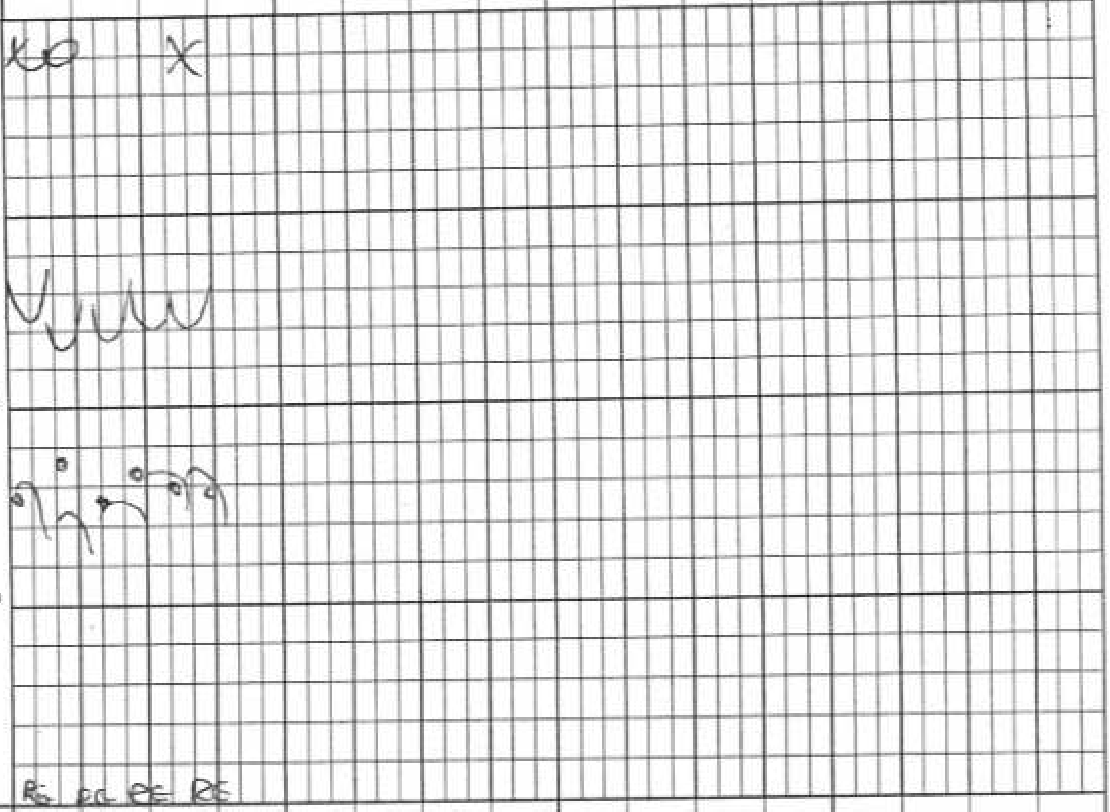
Acesso Vascular
- ○ Periférico.______
  Cat. Venoso nº __ G
- ○ Dificuldade aces. venoso
  Gastos __ cateteres
- ○ Central________

Via Aérea
- ○ Cateter nasal
- ○ IOT nº _____
- ○ LMA nº ______

Monitorização:
- ○ Cardioscopia
- ○ PANI
- ○ Oximetro de pulso
- ○ ETCO2
- ○ Outros

Anestesia:
- ○ Geral Venosa
- ○ Geral Balanceada
- ○ Raquianestesia
- ○ Peridural
- ○ Bloqueio Periférico
- ○ Outros

Decúbito: __________



SPO2 (%)																
ETCO2 (mmHg)																
Aces. Venoso																
Aces. Venoso																
Diurese																
Perdas Sanguíneas																

Descrição da Anestesia: 1-Check list 2- monitorização 3-Sedação 4-Pct sentado, A+A+ punção L3-L4 Ag 25G liquor claro, sem parestesia 5-Cefazolino 2g 6. Procedimento sem intercorrência, ao final, encaminhado p/RPA

Anestesiologista

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PCS – OPERATÓRIO – SRPA

OME José Ribeiro de Sousa	IDADE ____ anos	DATA 24 / 04 /2018
OPÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA( )GERAL( )RAQUE( )BLOQUEIO( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO	
IRURGIA REALIZADA RMC Pé D		CIRURGIÃO Saverunego

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	112 / 77		114 / 72
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	71		74
SATURAÇÃO DE 02 (%)	99%		100%
TEMPERATURA AXILAR (Oº C)	—		—
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	—		—
NOME/ MATRÍCULA	Aliana		Aliana

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☑	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 2 4 6 8 10	TOTAL	09			
ESCALA DE DOR ALTA	0 2 4 6 8 10	ASS.				

( )SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( )NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:00 – 16:00 RMC Pé D (sem complicações) (aluno, aluna, enfermeiro, enfermeira) Dr. Rondinelli Rocha COREN-PI Nº 264.016

16:00 – Alta da SRPA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO 23:21/232

ANESTESIOLOGISTA

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

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		1200 SSW . P. 60
13/10/18	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3716		PA: 130x60 mmHg
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _1comp VO 6/6hs	~~12~~ 18 22 06	
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h	~~12~~ 18 22 06	
5	Cuidados gerais e sinais vitais		
	Reagendar ortopedia ambulatorial SCG 15 c/ P. Dr. Daniel.		
	Alta + Orientações Pa c. Plantão		

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. C. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT.11305 / CRM3367

NDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

(SPITAL DE URGÊNCIA

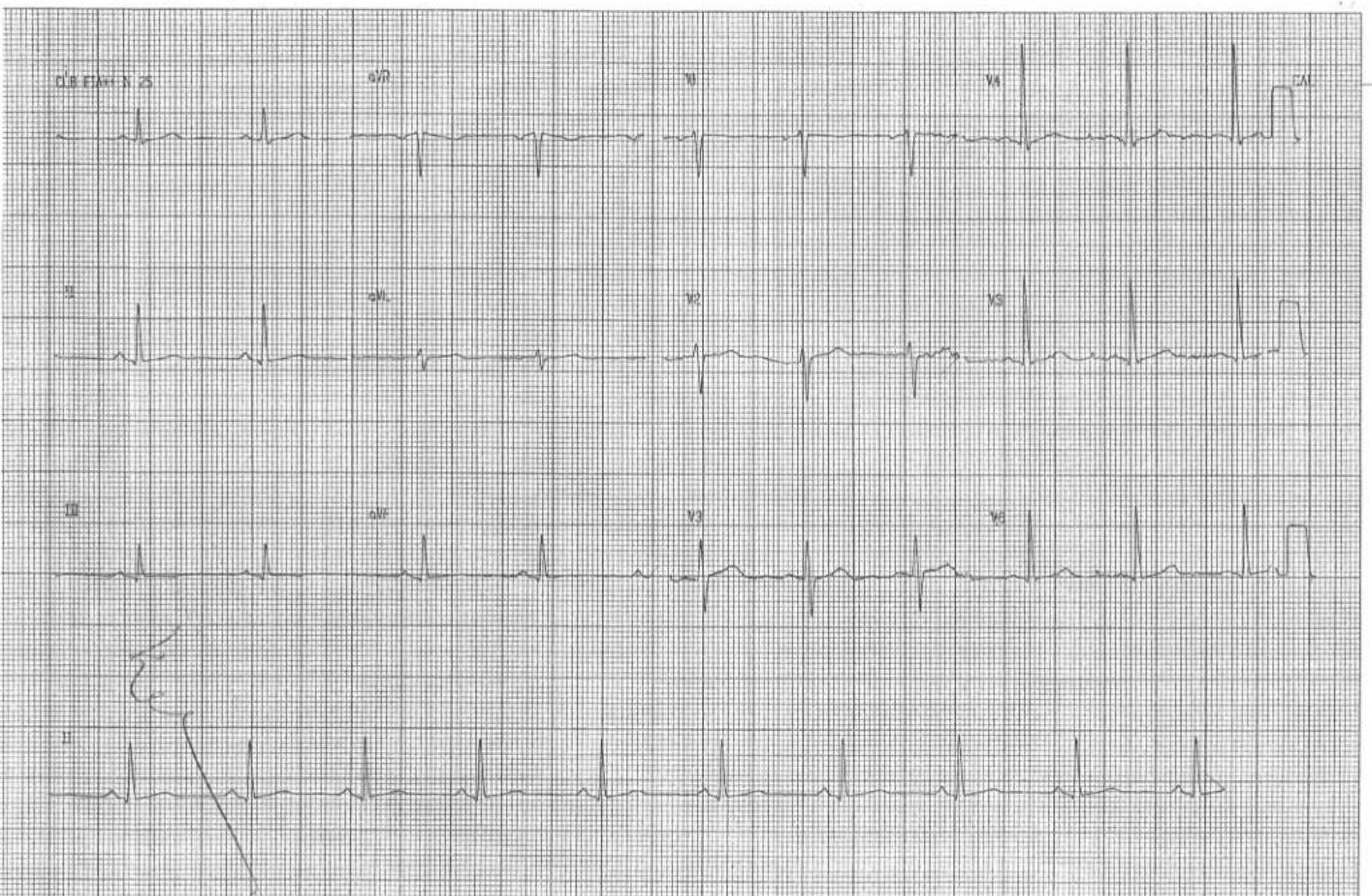
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D	Jeuto Alatrip		RAIO-X REALIZADO
13/10/18				DATA 15/10/20
1	Dieta oral livre			Técnico:
2	jelco salinizado			
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs		Sente Dr cabo	
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h			
5	Cuidados gerais e sinais vitais			

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT 11305 / CRM3367

Ref: 232 / L: 232.
Data: 28.09.18 Hora: 09:00hs.



CLÍNICA MACHADO

Dr. Edimar

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que José Ribeiro de Sousa, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 12.09.19 às 6:40hs. Tendo sofrido politrauma, cursando com fratura em porção escamosa do occipital à esquerda, e ainda fratura na região do calcâneo à direita, tendo sido cirurgicamente através de osteossíntese, complementando com fisioterapia, com alta definitiva, deixando como sequelas, dores ao ver, com diminuição do movimento com comprometimento funcional de 90%.

Edimar

27.06.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Residencial Tropical Park
Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-2726 • 99093-9020

HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 229328

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

2ª VIA (1ª VIA () SANGUE) Cirurgia Gral OK Neuro OK

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

Neuro ok:

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 12/09/2018 09:43:41
(User: ALDENIA ARAUJO)
(Estação: RECEPCAO01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**Prontuário:** 229328	
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		**Pai:** DOZI ALVES DE SOUSA	
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	**Idade:** 58a9m27d	**Sexo:** Masculino	**Fone:** 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**CNS:** 898002384377452	
Profissão: CARPINTEIRO		CPF:	* RG: 33935138 - SSP-SP
G. Instrução: Médio Incompleto		**E.Civil:** Viuvo(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	**Data:** 12/09/2018 07:45:04	**Condução:** AMBULANCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			**Convênio:** S U S
Acid.Trab.: Sim	**Trajeto?:** Sim	**Típico:** Não	**CID Secundário:** V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico, por volta das 7 hrs, com uso de capacete, apresentando perda de consciência no local do acidente e náuseas. (A) Vias aéreas permeáveis, presença de colar cervical 2 prancha, capacete sacado fora. (B) MV presente em hemitórax E e ausente em base de hemitórax D, expansibilidade torácica diminuída. (C) BNF, 2T, BRRSS abdome livre, indolor a palpação, plano. (D) Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes. (E) Escoriações e possível fratura em Pé D.

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

Diagnóstico Inicial: | CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Crânio Face, Col. cervical
DATA: 12/09/18
Hugo de Brito Lemos ROCHA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 460 Loja C
Centro/Teresina CEP: 64.002-470
Teresina-PI

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Pé (D)
DATA: 12/09/18
Hugo de Brito Lemos ROCHA

ALTA: ( )Melhorado ( )Curado ( )Inalterado ( )A Pedido ( )Administrativa ( )Por Indisciplina ( )Por Evasão ( )Retornar à Unid. Origem: Hugo de Brito Lemos ( )Transferência:

DATA SAÍDA: / / . HORA: : .

ÓBITO: ( )Até 24 Hs ( )De 24 a 48 Hs ( )Após 48 Hs

DESTINO: ( )Família ( )IML ( )Anat. Patol.

( )Internação na Unidade
Proced. Solicitado:
CID Compatível:
Prof. Solicitante Internação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

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: 12/09/2018 09:43:41
(ALDENIA ARAUJO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**Prontuário:** 229328	
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		**Pai:** DOZI ALVES DE SOUSA	
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	**Idade:** 58a9m27d	**Sexo:** Masculino	**Fone:** 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**CNS:** 898002384377452	
Profissão: CARPINTEIRO		**Documento:** RG: 33935138 - SSP-SP	
G. Instrução: Médio Incompleto		**E.Civil:** Viuvo(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	**Data:** 12/09/2018 07:45:04	**Clas. Cor:** Laranja	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			**Convênio:** S U S

2ª Via do Prontuário

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ ___:___ **ESPECIALISTA:**

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Neuro Dr. Marcílio Diogo avaliar TC de crânio e cervical, não evidenciou lesões, liberando na neurocirurgia.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/____ ___:___

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ ___:___ **ESPECIALISTA:**

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/____ ___:___

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS Fundação Municipal de Saúde

SUS

15/11/1959

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO: 229.328
DA CLÍNICA: Ortopedia	LEITO: 232/232
À CLÍNICA: Cardiologia	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58 anos, fratura calcâneo.
Avaliar risco cirúrgico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende,465 Loja
Centro - Norte CEP 64.00247

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3766 - TEOT: 11305
Tel: (86) 98884-0561

DATA: 21/09/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER Nega diabetes, tabagismo, asma, hipertensão que alterais a drogas. Trabalhador da construção civil. Nega dor torácica aos esforços. Nega dispneia aos esforços habituais. Nega tosse.
Bom estado geral, consciente, orientado, eupneico. FC: 68bpm. PA 126x84mmHg. AP: murmúrios vesiculares reduzidos em base direita. AC: bulhas rítmicas, sílabas regulares, sem sopros, sem roncos.
- Creatinina 0,8 mg/dl, K: 5 mEq/l
- ECG sinusal (FC: 62bpm), PR 160 ms, ÂQRS entre 60 e 90°. Tachycardia em DIII e aVF. - Glicemia capilar (14:57 - 21/9/18) 95 mg/dl
- Conclusão: conforme algoritmo do American College of Physicians o paciente apresenta baixo risco de complicação cardiovascular à cirurgia proposta.
14:57 - 21/9/18

DATA: ___/___/___

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS Fundação Municipal de Saúde

SUS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Ribeiro de Sousa

PRONTUÁRIO: 229328

DA CLÍNICA: ORTOPEDIA

LEITO: 232/232

À CLÍNICA: NEURO.

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58a, vítima de acidente motociclístico (12/09/18), com politrauma + fratura de calcâneo, evolui com cefaleia intensa.

Cont

Yuri Diogo Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

NCq

Relato de cefaleia após queda de moto
TC de crânio e normais.
CHa: (1) - sintomáticos.
(2) - outros ...

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2? JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 137460 AIH: 2218101745915

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328

DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
		1991

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF
RESIDENCIAL FREI DAMIAO	A88 M07 F18	221100 TERESINA	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

LIMPEZA CIRURGICA MID

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
	FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:

CARÁTER	SOLICITAÇÃO
URGENCIA	29/09/2018

DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
29/09/2018 09:00	13/10/2018 12:00	MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA CPF 06578216368 CRM	CPF CRM DATA ANALISE

DATA ANALISE 05/10/2018 09:27:38

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO — DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO: Osteo [illegible]	CIRURGIA: Fix [illegible]
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: [illegible]	CPF Nº:
AUXILIAR: Acad.	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr Chagas	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Jua	CPFNº:

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE nº 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	07	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	·		PVPI TINTURA	ML	·	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	·	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	·		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	·		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	·		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			lowa 7.5	02		
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA** lowa 8.0		02	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exames 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Eletrodos 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupom 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				murim 02			
ALCOFIL				Óleo de girassol			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL				CIRCULANTE: Iowana			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINIST
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA
13 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S
Rua Coelho de Resende,465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.00247

MOD - 094

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Ribeiro de Sousa		
Diagnóstico pré-operatório	Ferida em [illegible]		
Operação - Tipo	Ressecção de [illegible]		
Cirurgião	Dr. Chagas	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador	Anestesista Dr. Hernandes	Anestesia Raque	
Anestésico(a)			
Data da Operação 29.09.18	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

[illegible]

Dr. Fco das Chagas B. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Mod. 76 HUT

FICHA DE ANESTESIA	**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE** **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA** **SERVIÇO DE ANESTESIA**

Nome: José [illegible] de [illegible]	Sala:	Alergia:	Data:
Procedimento: /	Cirurgião:	Observações:	

Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína 12,5mg													
2 Dimorf 80mcg													
3 [illegible] 10mg													
4 Bromoprida 01amp													
5 Dipirona 02g													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volátil	%	09:00			09:40								

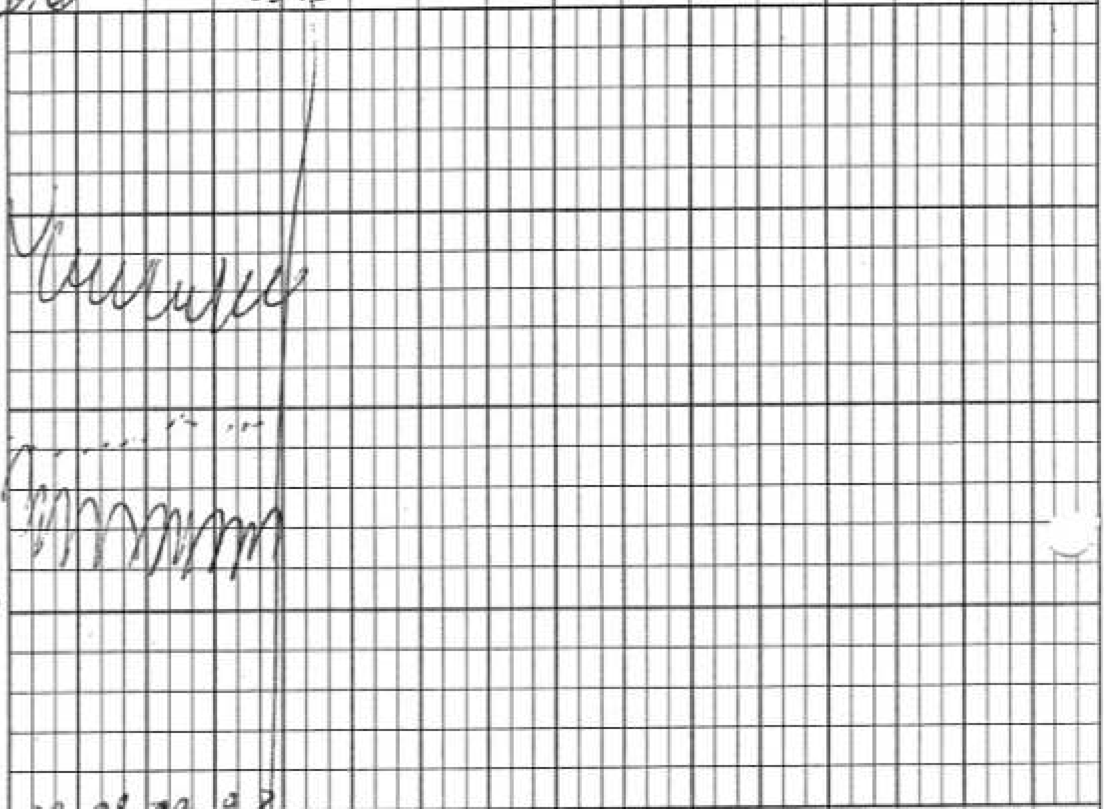
Acesso Vascular
- ☒ Periférico ____
- Cat. Venoso nº 20G
- ○ Dificuldade aces. venoso
- Gastos __ cateteres
- ○ Central________

Via Aérea
- ○ Cateter nasal
- ○ IOT nº _____
- ○ LMA nº _____

Monitorização:
- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oximetro de pulso
- ○ ETCO2
- ○ Outros

Anestesia:
- ○ Geral Venosa
- ☒ Geral Balanceada
- ☒ Raquianestesia
- ○ Peridural
- ○ Bloqueio Periférico
- ○ Outros

Decúbito: Ventral



SPO2 (%)	99	99	99	98
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia: Raquianestesia agulha 26G [illegible] [illegible] RPA [illegible] sem intercorrências

Hemanes [illegible]
MÉDICO
Anestesiologista

HUT Prefeitura de Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**

PACIENTE: José Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

Dr. [illegible] HUT

DATA: __/__/__ ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

26/08

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 179263961290001

AUDITOR

DATA: ASSINATURA DO AUDITOR

Prefeitura de Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

CURATIVO

CÓDIGO: 0401010015

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**

PACIENTE: Jose Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPÉCTO:

( )NECROSADO
( )ESFACELO AMARELO
( )TECIDO DE GRANULAÇÃO

Dr. Marcos Aurélio P. de A. Miranda
Médico Auditor - HUT
CRM-PI 2361

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: __/__/__

AUDITOR

ASSINATURA DO AUDITOR

DATA:

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		1200 SSW . P . 60
13/10/18	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3718		PA: 130x60 mmHg
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _1comp VO 6/6hs	~~12~~ 18 24 06	
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h	~~12~~ 18 24 06	
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

Paciente apresenta [illegible] referindo [illegible] SC 15. c/ P: [illegible] sl queixas. [illegible] Alta [illegible] Pedro.

HOSPITAL DE URGÊNCIA TERESINA - HUT
Rua Coronel Paes Barreto, 865 - Centro - Teresina - PI
CEP 64.000-000
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA
DOCUMENTOS DE SINISTROS
SAME
6 JUN 2018

Dr. [illegible] CRM 12.514 Carimbo 3751

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Ilvago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. C Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT:11305 / CRM3367

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		RAIO-X REALIZADO
13/10/18			DATA 13/10/20
			Técnico:
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs		
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h		
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO CERTIFICADO
20 JUN 2019
"SENTE SEGURADORA S.A."
Rua Coronel de Rebouças, 45 Loja
Centro - Teresina CEP 64.000-240
Telefone: (86) 3221-1411

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatolngia
CRM3415-TEOT18029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT:11305 / CRM3367

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Raquel

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
José Ribeiro de Sousa	229328	Ortopédica	232/232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
	Lucia Calderaro		13:40' Retornou do CC em PO de uso com colcomo
29/09/18			
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ml EV AO DIA		
3	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8\8 H		
4	DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 H		
5	TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12H		
6	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, IV, 8/8 H (50)		
7	CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6 H		
8	SSVV e CCGG		
	0		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2018
Companhia Seguradora S.A.
Rua Coronel de Freitas, 465 Lab C
Bairro Ininga CEP: 64.000-470
Teresina - PI

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3820

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

OME: JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA	IDADE 59 anos	DATA 29/09/2018
ORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 30 min	TIPO DE ANESTESIA( )GERAL( )RAQUE( )BLOQUEIO( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO	
RURGIA REALIZADA [illegible]	CIRURGIÃO [illegible]	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	109/71		100/64
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	108		83
SATURAÇÃO DE 02 (%)	98		100%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Elenn		Elenn

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 2 4 6 8 10	TOTAL	10			
ESCALA DE DOR ALTA	0 2 4 6 8 10	ASS.	[illegible]			

)SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( )NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

LUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09:30 Paciente [illegible] Sinais Vitais [illegible] [illegible] Enfermeiro COREN [illegible]

ESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Ítalo Hipolito B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 5053 / RQE 2568

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

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

OSTO: [ ]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 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854

Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081268 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087 Data Exame: 12/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081269 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150 Data Exame: 12/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA) TERESINA - PI 03/11/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081270 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170 Data Exame: 12/09/2018

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 445 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873086 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 12/09/2018

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 04/10/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 59a0m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
Requisição: 873309 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1081544 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060109 Data Exame: 12/09/2018

CALCANEO DIREITO

O estudo radiológico do calcâneo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Contrôle pos operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no calcâneo.
- Superficies e espaços articulares íntegros.
- Imobilização gessada.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 19/11/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a9m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873465 Solicitação: 13/09/2018 Solicitante: DANIEL MOURA PARENTE
Controle: 1081721 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079 Data Exame: 13/09/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(LUIS CEZAR) TERESINA - PI 14/09/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
Requisição: 879655 Solicitação: 03/10/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1089912 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079 Data Exame: 03/10/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(JOAO ANTONIO) TERESINA - PI 05/10/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CIRURGIA REALIZADA Osteossíntese de Calcâneo | CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	102 / 63		113 / 69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77		61
SATURAÇÃO DE 02 (%)	100%		98%
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Adelina		Cadelina

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Movimenta dois membros	1	1 [✓]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 [✓]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Tem apnéia	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 [✓]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 [✓]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Desperta, se solicitado	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Não responde	0	0 [✓]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 [✓]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
		TOTAL	09			
		ASS.				

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 JUN 2018 SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( )NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POI de osteossíntese de Calcâneo, sem queixas, sonolento, orientado

RAIO-X REALIZADO DATA: 22/06/18 TÉCNICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA 15:55 HORÁRIO

Dra. Patrícia Meneses Médica Anestesiologista CRM-PI: 6312 ANESTESIOLOGISTA

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Proc. N _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12/09/18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. [illegible]	CPF Nº:
AUXILIAR: Res. [illegible]	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Antonio José	CPF Nº:
INSTRUMENTADOR: Jovenília	CPFNº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Atadura crepom	UNID.	06	
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA**			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Algodão ortopédico	UNID.	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	UNID.	04					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Ana Paula			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS
DPVAT
CONTEÚDO VERIFICADO
23 JUN 2019
DESPACHANTE SEGURADORA
Rua Coelho de Rezende, 655 - S.A.
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

MOD - 094

	FICHA DE ANESTESIA	FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA | Sala: 02 | Alergia: Nega | Data: 12/09/18

Procedimento: OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO DIREITO | Cirurgião: ANDRÉ | Observações: –

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROPOFOL	160mg												
2 CETAMINA	50mg												
3 LIDOCAÍNA	100mg												
4 SUCCINILCOLINA	80mg												
5 FENTANIL	250mg												
6													
7 DIPIRONA	2g												
8 RANITIDINA	50mg												
9 DEXAMETASONA	10mg												
10 ONDANSETRONA	4mg												
11 CETOPROFENO	100mg												
12 MORFINA							4mg						
13													
Oxigênio	1L/min												
N2O	1L/min												
Volatil SEVOFLURANO	2 %												

Acesso Vascular
- [x] Periférico 16G MSE
- [x] Cat. Venoso nº 20 G MSD
- o Dificuldade aces. venoso
  Gastos __ cateteres
- o Central_____

Via Aérea
- o Cateter nasal
- [x] IOT nº 7,5 c/ cuff
- o LMA nº _____

Monitorização:
- [x] Cardioscopia
- [x] PANI
- [x] Oximetro de pulso
- [x] ETCO2
- o Outros

Anestesia:
- o Geral Venosa
- [x] Geral Balanceada
- o Raquianestesia
- o Peridural
- o Bloqueio Periférico
- o Outros

Decúbito: dorsal

ECG – RS – RS – RS – RS – RS (Ritmo Sinusal)

150 / 100 / 50

RE – RC – RC – RC – RC – RC

SPO2 (%)	96	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)		45	44	44	45	46	45	44
Aces. Venoso	SF) 500ml	SF) 500ml	SF) 500ml	SRL) 500ml				
Aces. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguineas								

→ estimado em 1000ml

Descrição da Anestesia: Anestesia geral balanceada + IOT (*) c/ tubo 7,5 c/ cuff em sequencia rapida + MMCV em sistema circular valvular + abs. CO_2; s/ intercorrencias

(*) IOT c/ auxilio do bougie em 1ª tentativa
Cormack Lehane III b

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DFVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 JUN 2018 AGENTE SEGURADOR (Documento Controlado)

Dr. Antônio José Martins Júnior
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
Anestesiologista

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA	
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA DE CALCÂNEO (D)	
Operação - Tipo	OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO (D)	
Cirurgião		1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

André Leal de Vasconcelos
Ortopedia e Cirurgia da Mão
TEOT 13827 / CRM-PI 4803

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
(2) ASSEPSIA, ANTISSEPSIA + CAMPOS + GARROTE
(3) LIMPEZA COM 10 L SF 0,9% + DESBRIDAMENTO
(4) REDUÇÃO DE TENDA CALCÂNEO POR SÍNTESE E PINAGEM DE CALCÂNEO COM 3 FIOS K 1 (2,0) E 2 (2,5) + RADIOSCOPIA
(5) SUTURA + CURATIVO + TALA.

Mod. 76 HUT

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
José Ribeiro de Sousa					

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
	PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO			
25/05/18				

CIRURGIÃO GERAL
CRM-PI 2341

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2018
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coronel Pereira, 453 - sala C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

MOD 007 - HUT

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 130107
	AIH: 2218101690849

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	25.11.1959	M	229125

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSAVEL
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO
		[illegible]

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO
PARQUE ITARARE	ASS M07 F18	TERESINA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DE CALCANEO D

CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S920 - FRATURA DO CALCANEO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050535 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEO

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA CARIMBO Nº CONSELHO)
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	ANDRE LEAL DE [illegible] CPF: [illegible]

CARÁTER	DATA SOLICITAÇAO
URGENCIA	12/09/2018

DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
12/09/2018 07:45	24/09/2018 12:23	PERMANENCIA POR MUDANCA DE PROCEDIMENTO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENERI SEGURADORA S.A.
Rua Coronel Rosendo, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO CRUZ MENDES CPF: 1317034*304 CRM: DATA ANALISE: [illegible]	CPF: CRM:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:

223557

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

133856

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	223557

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA — 6 - Prontuário: 229328

7-CNS: 898002384377452 — 8-Nascimento: 15/11/1959 — 9-Sexo: Masculino — RG: 33935138 - SSP-SP

11-Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA — 12-Fone: 86- 8815-6421

13-Resp: JOSE RIBEIRO DE SOUSA — 14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - CEP: 64069-990

16-Munic: TERESINA — 17-Cod.IBGE: 221100 — 18-UF: PI — 19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com grave infecção em pé D. Necrose de pele e perda de substância

21 - Condições que justificam a internação:

Hemiparesia

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

Rx OK

23-Diagnóstico Inicial: — 24-CID Prin. — 25-CID Sec. — 26-CID C.Ass.

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados — T009

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Av. Dr. Pedro de Resende, 465 Loja C Centro Teresina - PI CEP: 64000-070

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178 — 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA — Tempo SUS: 3

29-Clínica: — 30-Caráter: 02 — Ident.: 01 — 31-Docum.: CPF — 32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR — 34-Data Solicitação: 24/09/2018

Dr. Jamerson de Lemos Junior Cirurgião Plástico Cirurgia Reparadora e Dermatologia CRM-PI 3276

35-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

39-CNPJ Segurdora: — 40-No.Bilhete: — 41-Série:

42-CNPJ Empresa: — 43-CNAE Empresa: — 44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: — 47-Data Autorização:

48-Documento: ( )CNS ( )CPF — 49-Num. Documento:

Marconiges Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 1702639512000 1
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
Consulta Local: 683854
Consulta SUS:
Impressão: 24/09/2018 12:21:28

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 133856 AIH: 2218101722200

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
		1991

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF
PARQUE ITARARE	A88 M07 F18	TERESINA	PI

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DE CALCANEO D

CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	ANDRE LEA [illegible] CPF: [illegible]

CARATER	DATA SOLICITAÇAO
URGENCIA	24/09/2018

DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
24/09/2018 12:23	29/09/2018 09:00	PERMANENCIA POR REOPERACAO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-470
Teresina - PI

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA [illegible]
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 462.610.793-15 CRM: DATA ANALISE: 24/09/2018 12:26:27	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Dr. Jurandir M. de C. Júnior Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 3278 / TEOT - 11094	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Drª Fernanda	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Valdirene	CPFNº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	01		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	—	05	
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA**			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				escovas p/degermar		04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Neves			
PROLENE							

Dr. Jurandir M. de C. Júnior Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 3278 / TEOT - 11094

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DRVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 1155 Centro Norte CEP 64.000-470 Teresina-PI

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Ribeiro de Sousa	
Diagnóstico pré-operatório	Infecção Pé (D)	
Operação - Tipo	2 DRC	
Cirurgião		1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Dr. Jonatan M. [illegible] Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3676 / [illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em ddh sob raquianestesia
2) Antissepsia, Asepsia, Colocação de Campos Cir
3) Visualização de Secreção Purulenta e Tecido Necrótico
4) Realizado 2 DRC + Amplo desbridamento, Hove perda de substância
5) Lavagem + Curativo

Mod. 76 HUT

	FICHA DE ANESTESIA	FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: José Ribeiro de Sousa	Sala: 05	Alergia: omega	Data: 24/09/18
Procedimento: Limpeza	Cirurgião: Jamerson	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Midazolam 2mg													
2 Fentanil 20mcg													
3 Bupi P 1,5mg													
4 Cefazolina 2g													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Sênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular
- Periférico_____
  Cat. Venoso nº __ G
- Dificuldade aces. venoso
  Gastos __ cateteres
- Central_____

Via Aérea
- Cateter nasal
- IOT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:
- Cardioscopia
- PANI
- Oximetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:
- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: _____

150 / 100 / 50

SPO2 (%)													
ETCO2 (mmHg)													
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia: 1-Check list 2-monitorização 3-sedação 4-Pct sentado, A+A+ punção Lg-2ee Ag 25G liquor claro, bloqueio anestesico 5-Cefazolina 2g 6-Procedimento sem intercorrência, ao final, enc. encaminhado p/RPA

Anestesiologista

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME José Ribeiro de Sousa	IDADE ____ anos	DATA 24 / 09 /2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA( )GERAL( )RAQUE( )BLOQUEIO( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA RMC Pé (D)		CIRURGIÃO Jaremuyo

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	112 / 77		114 / 72
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	71		74
SATURAÇÃO DE 02 (%)	99%		100%
TEMPERATURA AXILAR (Oº C)	—		—
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	—		—
NOME/ MATRÍCULA	Aliane		Aliane

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 2 4 6 8 10	TOTAL	09			
ESCALA DE DOR ALTA	0 2 4 6 8 10	ASS.				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, Centro, Teresina-PI

( )SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:20 – 101 RMC Pé (D) (sem complicações pós-op) Calmo, consciente, orientado, deambulando, orientação e informações

Dr. Rodrigo Rocha
ENFERMEIRO
COREN-PI Nº 204.016

14:40 – Alta da SRPA

DESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO 23/21/232

ANESTESIOLOGISTA

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

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

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		1200 SSW - P - 60
13/10/18			PA: 130X60 mmHg
1	Dieta oral livre — Edigna Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3718		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _1comp VO 6/6hs	~~12~~ 18 24 06	
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h	~~12~~ 18 24 06	
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

Recomendo imprimir, medicamento
apelent 15 CIP 15
c/ P. Normal
SF quente.
Alta + Ortopedia / Dr
Dr c. Pluvio

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Dom Severino, 655 - Bairro
Teresina - PI
CEP 64.000-410
29 JUN 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONFERIDO APÓS VERIFICAÇÃO
DPVAT

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. G. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367

NDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

SPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		RAIO-X REALIZADO DATA 13/10/20 Técnico:
13/10/18			
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs		
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h		
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367

Dr. Edimar
CLÍNICA MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que José Ribeiro de Souza, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 12.09.18 às 6:40hs, tendo sofrido politraumatismo, cursando com fratura em parietal craniana do occipital à esquerda, e ainda fratura na região do calcâneo à direita, tendo sido tratado cirurgicamente através de osteossíntese, complementando com fisioterapia, com alta definitiva, resultando como sequelas; força 5 de 5, com limitação dos movimentos com comprometimento funcional de 90%

30.08.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park
Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821.0151 • 98827.3736 • 99003.0020

Dr. Edimar
CLÍNICA MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que João Ribeiro de Souza, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 12.09.18, às 6:40 hs. ou de sofrera politraumatismo, constando como fratura na região craniocervical e alguns fraturas na região do calcâneo à direita tendo sido tratado de forma conservadora com complicações com fisioterapia com alta definitiva, relatando como sequelas fortes dores com limitação de movimentos, com comprometimento funcional de 75%.

13.09.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
9903-0929/9532-1987/8827-3730

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park
Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

CLÍNICA MACHADO

Dr. Edimar

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que José Ribeiro de Sousa, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 12.09.19 às 6:40hs. Tendo sofrido politrauma, cursando com fratura em porção escamosa do occipital à esquerda, e ainda fratura na região do calcâneo à direita, tendo sido cirurgicamente através de osteossíntese, complementando com fisioterapia, com alta definitiva, deixando como sequelas, dores ao ver, com diminuição do movimento com comprometimento funcional de 90%.

Edimar

27.06.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Residencial Tropical Park
Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-2726 • 99093-9020

HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 229328

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

2ª VIA (1ª VIA () SANGUE) Cirurgia Gral OK Neuro OK

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

Neuro ok:

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 12/09/2018 09:43:41
(User: ALDENIA ARAUJO)
(Estação: RECEPCAO01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**Prontuário:** 229328	
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		**Pai:** DOZI ALVES DE SOUSA	
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	**Idade:** 58a9m27d	**Sexo:** Masculino	**Fone:** 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**CNS:** 898002384377452	
Profissão: CARPINTEIRO		CPF:	* RG: 33935138 - SSP-SP
G. Instrução: Médio Incompleto		**E.Civil:** Viuvo(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	**Data:** 12/09/2018 07:45:04	**Condução:** AMBULANCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			**Convênio:** S U S
Acid.Trab.: Sim	**Trajeto?:** Sim	**Típico:** Não	**CID Secundário:** V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico, por volta das 7 hrs, com uso de capacete, apresentando perda de consciência no local do acidente e náuseas. (A) Vias aéreas permeáveis, presença de colar cervical 2 prancha, capacete sacado fora. (B) MV presente em hemitórax E e ausente em base de hemitórax D, expansibilidade torácica diminuída. (C) BNF, 2T, BRRSS abdome livre, indolor a palpação, plano. (D) Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes. (E) Escoriações e possível fratura em Pé D.

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

Diagnóstico Inicial: | CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Crânio Face, Col. cervical
DATA: 12/09/18
Hugo de Brito Lemos ROCHA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 460 Loja C
Centro/Teresina CEP: 64.002-470
Teresina-PI

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Pé (D)
DATA: 12/09/18
Hugo de Brito Lemos ROCHA

ALTA: ( )Melhorado ( )Curado ( )Inalterado ( )A Pedido ( )Administrativa ( )Por Indisciplina ( )Por Evasão ( )Retornar à Unid. Origem: Hugo de Brito Lemos ( )Transferência:

DATA SAÍDA: / / . HORA: : .

ÓBITO: ( )Até 24 Hs ( )De 24 a 48 Hs ( )Após 48 Hs

DESTINO: ( )Família ( )IML ( )Anat. Patol.

( )Internação na Unidade
Proced. Solicitado:
CID Compatível:
Prof. Solicitante Internação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

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: 12/09/2018 09:43:41
(ALDENIA ARAUJO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**Prontuário:** 229328	
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		**Pai:** DOZI ALVES DE SOUSA	
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	**Idade:** 58a9m27d	**Sexo:** Masculino	**Fone:** 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		**CNS:** 898002384377452	
Profissão: CARPINTEIRO		**Documento:** RG: 33935138 - SSP-SP	
G. Instrução: Médio Incompleto		**E.Civil:** Viuvo(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	**Data:** 12/09/2018 07:45:04	**Clas. Cor:** Laranja	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			**Convênio:** S U S

2ª Via do Prontuário

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ ___:___ **ESPECIALISTA:**

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Neuro Dr. Marcílio Diogo avaliar TC de crânio e cervical, não evidenciou lesões, liberando na neurocirurgia.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/____ ___:___

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ ___:___ **ESPECIALISTA:**

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/____ ___:___

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS Fundação Municipal de Saúde

SUS

15/11/1959

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO: 229.328
DA CLÍNICA: Ortopedia	LEITO: 232/232
À CLÍNICA: Cardiologia	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58 anos, fratura calcâneo.
Avaliar risco cirúrgico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende,465 Loja
Centro - Norte CEP 64.00247

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3766 - TEOT: 11305
Tel: (86) 98884-0561

DATA: 21/09/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER Nega diabetes, tabagismo, asma, hipertensão que alterais a drogas. Trabalhador da construção civil. Nega dor torácica aos esforços. Nega dispneia aos esforços habituais. Nega tosse.
Bom estado geral, consciente, orientado, eupneico. FC: 68bpm. PA 126x84mmHg. AP: murmúrios vesiculares reduzidos em base direita. AC: bulhas rítmicas, sílabas regulares, sem sopros, sem roncos.
- Creatinina 0,8 mg/dl, K: 5 mEq/l
- ECG sinusal (FC: 62bpm), PR 160 ms, ÂQRS entre 60 e 90°. Tachycardia em DIII e aVF. - Glicemia capilar (14:57 - 21/9/18) 95 mg/dl
- Conclusão: conforme algoritmo do American College of Physicians o paciente apresenta baixo risco de complicação cardiovascular à cirurgia proposta.
14:57 - 21/9/18

DATA: ___/___/___

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS Fundação Municipal de Saúde

SUS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Ribeiro de Sousa

PRONTUÁRIO: 229328

DA CLÍNICA: ORTOPEDIA

LEITO: 232/232

À CLÍNICA: NEURO.

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58a, vítima de acidente motociclístico (12/09/18), com politrauma + fratura de calcâneo, evolui com cefaleia intensa.

Cont

Yuri Diogo Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

NCq

Relato de cefaleia após queda de moto
TC de crânio e normais.
CHa: (1) - sintomáticos.
(2) - outros ...

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2? JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 137460 AIH: 2218101745915

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328

DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
		1991

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF
RESIDENCIAL FREI DAMIAO	A88 M07 F18	221100 TERESINA	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

LIMPEZA CIRURGICA MID

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
	FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:

CARÁTER	SOLICITAÇÃO
URGENCIA	29/09/2018

DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
29/09/2018 09:00	13/10/2018 12:00	MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA CPF 06578216368 CRM	CPF CRM DATA ANALISE

DATA ANALISE 05/10/2018 09:27:38

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO — DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO: Osteo [illegible]	CIRURGIA: Fix [illegible]
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: [illegible]	CPF Nº:
AUXILIAR: Acad.	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr Chagas	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Jua	CPFNº:

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE nº 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	07	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	·		PVPI TINTURA	ML	·	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	·	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	·		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	·		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	·		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			lowa 7.5	02		
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA** lowa 8.0		02	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exames 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Eletrodos 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupom 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				murim 02			
ALCOFIL				Óleo de girassol			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL				CIRCULANTE: Iowana			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINIST
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA
13 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S
Rua Coelho de Resende,465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.00247

MOD - 094

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Ribeiro de Sousa		
Diagnóstico pré-operatório	Ferida em [illegible]		
Operação - Tipo	Ressecção de [illegible]		
Cirurgião	Dr. Chagas	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador	Anestesista Dr. Hernandes	Anestesia Raque	
Anestésico(a)			
Data da Operação 29.09.18	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

[illegible]

Dr. Fco das Chagas B. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Mod. 76 HUT

FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: José [illegible] de [illegible]
Sala:
Alergia:
Data:
Procedimento: /
Cirurgião:
Observações:

	Agentes	Unid.
1	[illegible] 12,5mg	
2	[illegible] 80mg	
3	[illegible] 10mg	
4	[illegible] 0,1mg	
5	[illegible] 02g	
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
Oxigênio		
AR/N2O		
Volátil		%

Horários: 09:00 – 09:10

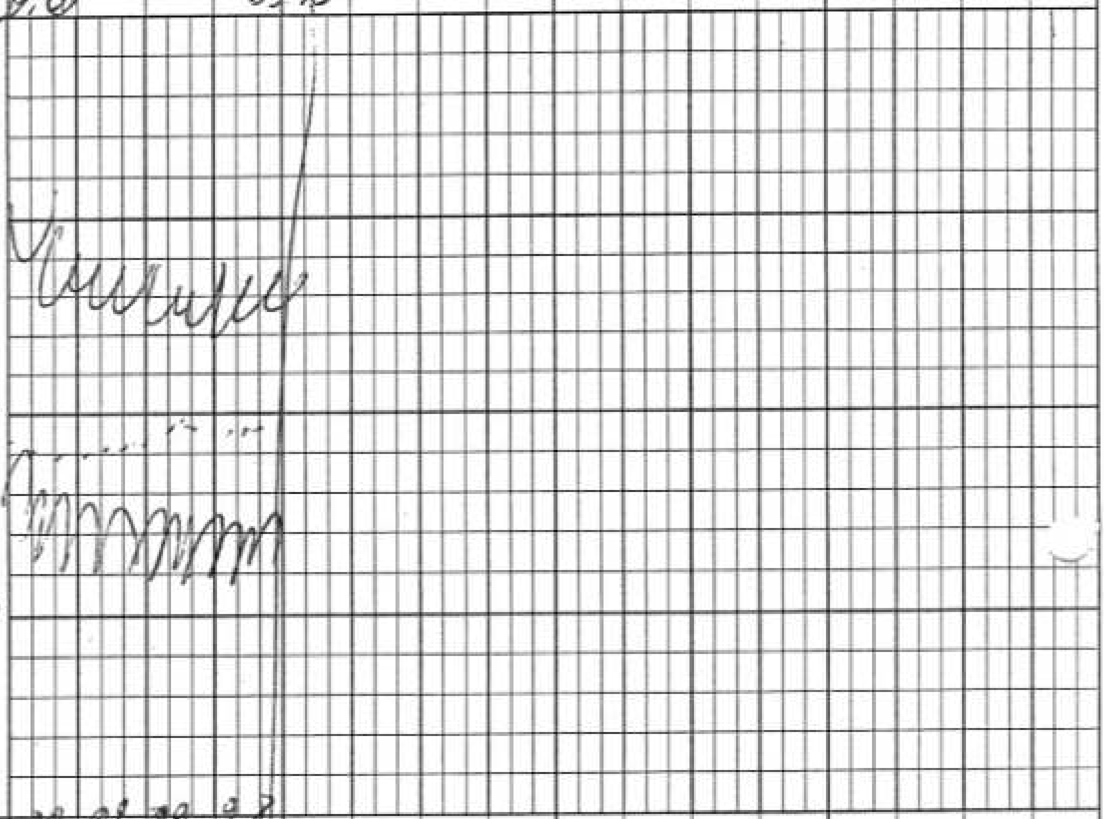
Acesso Vascular
☒ Periférico ____
Cat. Venoso nº 20G
○ Dificuldade aces. venoso
Gastos __ cateteres
○ Central ________

Via Aérea
○ Cateter nasal
○ IOT nº ____
○ LMA nº ____

Monitorização:
☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oximetro de pulso
○ ETCO2
○ Outros

Anestesia:
○ Geral Venosa
○ Geral Balanceada
☒ Raquianestesia
○ Peridural
○ Bloqueio Periférico
○ Outros

Decúbito: [illegible]



SPO2 (%)	99 99 99 98
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia: [illegible] [illegible] 26G [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Hermanes [illegible]
MÉDICO
Anestesiologista

HUT Prefeitura de Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**

PACIENTE: José Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

Dr. [illegible] HUT

DATA: __/__/__ ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

26/08

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 179263961290001

AUDITOR

DATA: ASSINATURA DO AUDITOR

Prefeitura de Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

CURATIVO

CÓDIGO: 0401010015

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**

PACIENTE: Jose Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPÉCTO:

( )NECROSADO
( )ESFACELO AMARELO
( )TECIDO DE GRANULAÇÃO

Dr. Marcos Aurélio P. de A. Miranda
Médico Auditor - HUT
CRM-PI 2361

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: __/__/__

AUDITOR

ASSINATURA DO AUDITOR

DATA:

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		1200 SSW . P . 60
13/10/18	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3718		PA: 130x60 mmHg
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _1comp VO 6/6hs	~~12~~ 18 24 06	
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h	~~12~~ 18 24 06	
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

Paciente apresenta [illegible] referindo [illegible] SC 15. c/ P: [illegible] sl queixas. [illegible] Alta [illegible] Pedro.

HOSPITAL DE URGÊNCIA TERESINA - HUT
Rua Coronel Paes Barreto, 865 - Centro - Teresina - PI
CEP 64.000-000
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA
DOCUMENTOS DE SINISTROS
SAME
6 JUN 2018

Dr. [illegible] CRM 12.514 Carimbo 3751

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Ilvago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. C Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT:11305 / CRM3367

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		RAIO-X REALIZADO
13/10/18			DATA 13/10/20
			Técnico:
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs		
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h		
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO CERTIFICADO
20 JUN 2019
"SENTE SEGURADORA S.A."
Rua Coronel de Rebouças, 45 Loja
Centro - Teresina CEP 64.000-240
Telefone: (86) 3221-1411

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatolngia
CRM3415-TEOT18029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT:11305 / CRM3367

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Raquel

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
José Ribeiro de Sousa	229328	Ortopédica	232/232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
	Lucia Calderaro		13:40' Retornou do CC em PO de uso com colcomo
29/09/18			
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ml EV AO DIA		
3	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8\8 H		
4	DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 H		
5	TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12H		
6	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, IV, 8/8 H (50)		
7	CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6 H		
8	SSVV e CCGG		
	0		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2018
Companhia Seguradora S.A.
Rua Coronel de Freitas, 465 Lab C
Bairro Ininga CEP: 64.000-470
Teresina - PI

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3820

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

OME: JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA	IDADE 59 anos	DATA 29/09/2018
ORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 30 min	TIPO DE ANESTESIA( )GERAL( )RAQUE( )BLOQUEIO( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO	
RURGIA REALIZADA [illegible]	CIRURGIÃO [illegible]	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	109/71		100/64
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	108		83
SATURAÇÃO DE 02 (%)	98		100%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Elenn		Elenn

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 2 4 6 8 10	TOTAL	10			
ESCALA DE DOR ALTA	0 2 4 6 8 10	ASS.	[illegible]			

)SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( )NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

LUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09:30 Paciente [illegible] Sinais Vitais [illegible] [illegible] Enfermeiro COREN [illegible]

ESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Ítalo Hipolito B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 5053 / RQE 2568

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

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

OSTO: [ ]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 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854

Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081268 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087 Data Exame: 12/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081269 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150 Data Exame: 12/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA) TERESINA - PI 03/11/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081270 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170 Data Exame: 12/09/2018

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 445 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873086 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 12/09/2018

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 04/10/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 59a0m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
Requisição: 873309 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1081544 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060109 Data Exame: 12/09/2018

CALCANEO DIREITO

O estudo radiológico do calcâneo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Contrôle pos operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no calcâneo.
- Superficies e espaços articulares íntegros.
- Imobilização gessada.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 19/11/2018

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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a9m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873465 Solicitação: 13/09/2018 Solicitante: DANIEL MOURA PARENTE
Controle: 1081721 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079 Data Exame: 13/09/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(LUIS CEZAR) TERESINA - PI 14/09/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
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 RIBEIRO DE SOUSA** **(Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
Requisição: 879655 Solicitação: 03/10/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1089912 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079 Data Exame: 03/10/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(JOAO ANTONIO) TERESINA - PI 05/10/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CIRURGIA REALIZADA Osteossíntese de Calcâneo | CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	102 / 63		113 / 69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77		61
SATURAÇÃO DE 02 (%)	100%		98%
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Adelina		Cadelina

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Movimenta dois membros	1	1 [✓]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 [✓]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Tem apnéia	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 [✓]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 [✓]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Desperta, se solicitado	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Não responde	0	0 [✓]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 [✓]	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
		TOTAL	09			
		ASS.				

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 JUN 2018 SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( )NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POI de osteossíntese de Calcâneo, sem queixas, sonolento, orientado

RAIO-X REALIZADO DATA: 22/06/18 TÉCNICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA 15:55 HORÁRIO

Dra. Patrícia Meneses Médica Anestesiologista CRM-PI: 6312 ANESTESIOLOGISTA

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Proc. N _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12/09/18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. [illegible]	CPF Nº:
AUXILIAR: Res. [illegible]	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Antonio José	CPF Nº:
INSTRUMENTADOR: Jovenília	CPFNº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Atadura crepom	UNID.	06	
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA**			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Algodão ortopédico	UNID.	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	UNID.	04					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Ana Paula			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS
DPVAT
CONTEÚDO VERIFICADO
23 JUN 2019
DESPACHANTE SEGURADORA
Rua Coelho de Rezende, 655 - S.A.
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

MOD - 094

	FICHA DE ANESTESIA	FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA | Sala: 02 | Alergia: Nega | Data: 12/09/18

Procedimento: OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO DIREITO | Cirurgião: ANDRÉ | Observações: –

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROPOFOL	160mg												
2 CETAMINA	50mg												
3 LIDOCAÍNA	100mg												
4 SUCCINILCOLINA	80mg												
5 FENTANIL	250mg												
6													
7 DIPIRONA	2g												
8 RANITIDINA	50mg												
9 DEXAMETASONA	10mg												
10 ONDANSETRONA	4mg												
11 CETOPROFENO	100mg												
12 MORFINA							4mg						
13													
Oxigênio	1L/min												
N2O	1L/min												
Volatil SEVOFLURANO	2 %												

Acesso Vascular
- [x] Periférico 16G MSE
- [x] Cat. Venoso nº 20 G MSD
- o Dificuldade aces. venoso
  Gastos __ cateteres
- o Central_____

Via Aérea
- o Cateter nasal
- [x] IOT nº 7,5 c/ cuff
- o LMA nº _____

Monitorização:
- [x] Cardioscopia
- [x] PANI
- [x] Oximetro de pulso
- [x] ETCO2
- o Outros

Anestesia:
- o Geral Venosa
- [x] Geral Balanceada
- o Raquianestesia
- o Peridural
- o Bloqueio Periférico
- o Outros

Decúbito: dorsal

ECG – RS – RS – RS – RS – RS (Ritmo Sinusal)

150 / 100 / 50

RE – RC – RC – RC – RC – RC

SPO2 (%)	96	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)		45	44	44	45	46	45	44
Aces. Venoso	SF) 500ml	SF) 500ml	SF) 500ml	SRL) 500ml				
Aces. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguineas								

→ estimado em 1000ml

Descrição da Anestesia: Anestesia geral balanceada + IOT (*) c/ tubo 7,5 c/ cuff em sequencia rapida + MMCV em sistema circular valvular + abs. CO_2; s/ intercorrencias

(*) IOT c/ auxilio do bougie em 1ª tentativa
Cormack Lehane III b

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DFVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 JUN 2018 AGENTE SEGURADOR (Documento Controlado)

Dr. Antônio José Martins Júnior
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
Anestesiologista

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA	
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA DE CALCÂNEO (D)	
Operação - Tipo	OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO (D)	
Cirurgião		1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

André Leal de Vasconcelos
Ortopedia e Cirurgia da Mão
TEOT 13827 / CRM-PI 4803

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
(2) ASSEPSIA, ANTISSEPSIA + CAMPOS + GARROTE
(3) LIMPEZA COM 10 L SF 0,9% + DESBRIDAMENTO
(4) REDUÇÃO DE TENDA CALCÂNEO POR SÍNTESE E PINAGEM DE CALCÂNEO COM 3 FIOS K 1 (2,0) E 2 (2,5) + RADIOSCOPIA
(5) SUTURA + CURATIVO + TALA.

Mod. 76 HUT

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
José Ribeiro de Sousa					

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
	PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO			
25/05/18				

CIRURGIÃO GERAL
CRM-PI 2341

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2018
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coronel Pereira, 453 - sala C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

MOD 007 - HUT

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 130107
	AIH: 2218101690849

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	25.11.1959	M	229125

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSAVEL
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO
		[illegible]

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO
PARQUE ITARARE	ASS M07 F18	TERESINA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DE CALCANEO D

CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S920 - FRATURA DO CALCANEO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050535 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEO

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA CARIMBO Nº CONSELHO)
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	ANDRE LEAL DE [illegible] CPF: [illegible]

CARÁTER	DATA SOLICITAÇAO
URGENCIA	12/09/2018

DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
12/09/2018 07:45	24/09/2018 12:23	PERMANENCIA POR MUDANCA DE PROCEDIMENTO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENERI SEGURADORA S.A.
Rua Coronel Rosendo, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO CRUZ MENDES CPF: 1317034*304 CRM: DATA ANALISE: [illegible]	CPF: CRM:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:

223557

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

133856

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	223557

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA — 6 - Prontuário: 229328

7-CNS: 898002384377452 — 8-Nascimento: 15/11/1959 — 9-Sexo: Masculino — RG: 33935138 - SSP-SP

11-Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA — 12-Fone: 86- 8815-6421

13-Resp: JOSE RIBEIRO DE SOUSA — 14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - CEP: 64069-990

16-Munic: TERESINA — 17-Cod.IBGE: 221100 — 18-UF: PI — 19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com grave infecção em pé D. Necrose de pele e perda de substância

21 - Condições que justificam a internação:

Hemiparesia

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

Rx OK

23-Diagnóstico Inicial: — 24-CID Prin. — 25-CID Sec. — 26-CID C.Ass.

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados — T009

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Av. Dr. Pedro de Resende, 465 Loja C Centro Teresina - PI CEP: 64000-070

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178 — 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA — Tempo SUS: 3

29-Clínica: — 30-Caráter: 02 — Ident.: 01 — 31-Docum.: CPF — 32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR — 34-Data Solicitação: 24/09/2018

Dr. Jamerson de Lemos Junior Cirurgião Plástico Cirurgia Reparadora e Dermatologia CRM-PI 3276

35-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

39-CNPJ Segurdora: — 40-No.Bilhete: — 41-Série:

42-CNPJ Empresa: — 43-CNAE Empresa: — 44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: — 47-Data Autorização:

48-Documento: ( )CNS ( )CPF — 49-Num. Documento:

Marconiges Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 1702639512000 1
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
Consulta Local: 683854
Consulta SUS:
Impressão: 24/09/2018 12:21:28

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 133856 AIH: 2218101722200

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
		1991

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF
PARQUE ITARARE	A88 M07 F18	TERESINA	PI

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DE CALCANEO D

CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	ANDRE LEA [illegible] CPF: [illegible]

CARATER	DATA SOLICITAÇAO
URGENCIA	24/09/2018

DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
24/09/2018 12:23	29/09/2018 09:00	PERMANENCIA POR REOPERACAO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-470
Teresina - PI

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA [illegible]
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 462.610.793-15 CRM: DATA ANALISE: 24/09/2018 12:26:27	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Dr. Jurandir M. de C. Júnior Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 3278 / TEOT - 11094	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Drª Fernanda	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Valdirene	CPFNº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	01		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	—	05	
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA**			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				escovas p/degermar		04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Neves			
PROLENE							

Dr. Jurandir M. de C. Júnior Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 3278 / TEOT - 11094

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DRVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 1155 Centro Norte CEP 64.000-470 Teresina-PI

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Ribeiro de Sousa	
Diagnóstico pré-operatório	Infecção Pé (D)	
Operação - Tipo	2 DRC	
Cirurgião		1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Dr. Jonatan M. [illegible] Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3676 / [illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em ddh sob raquianestesia
2) Antissepsia, Asepsia, Colocação de Campos Cir
3) Visualização de Secreção Purulenta e Tecido Necrótico
4) Realizado 2 DRC + Amplo desbridamento, Hove perda de substância
5) Lavagem + Curativo

Mod. 76 HUT

	FICHA DE ANESTESIA	FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: José Ribeiro de Sousa	Sala: 05	Alergia: omega	Data: 24/09/18
Procedimento: Limpeza	Cirurgião: Jamerson	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Midazolam 2mg													
2 Fentanil 20mcg													
3 Bupi P 1,5mg													
4 Cefazolina 2g													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Sênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular
- Periférico_____
  Cat. Venoso nº __ G
- Dificuldade aces. venoso
  Gastos __ cateteres
- Central_____

Via Aérea
- Cateter nasal
- IOT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:
- Cardioscopia
- PANI
- Oximetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:
- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: _____

150 / 100 / 50

SPO2 (%)													
ETCO2 (mmHg)													
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia: 1-Check list 2-monitorização 3-sedação 4-Pct sentado, A+A+ punção Lg-2ee Ag 25G liquor claro, bloqueio anestesico 5-Cefazolina 2g 6-Procedimento sem intercorrência, ao final, enc. encaminhado p/RPA

Anestesiologista

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME José Ribeiro de Sousa	IDADE ____ anos	DATA 24 / 09 /2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA( )GERAL( )RAQUE( )BLOQUEIO( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA RMC Pé (D)		CIRURGIÃO Jaremuyo

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	112 / 77		114 / 72
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	71		74
SATURAÇÃO DE 02 (%)	99%		100%
TEMPERATURA AXILAR (Oº C)	—		—
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	—		—
NOME/ MATRÍCULA	Aliane		Aliane

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 2 4 6 8 10	TOTAL	09			
ESCALA DE DOR ALTA	0 2 4 6 8 10	ASS.				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, Centro, Teresina-PI

( )SONDA VESICAL		( )DRENO DE SUCÇÃO		( )DRENO TORACICO		( )DVE		( )COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:20 – 101 RMC Pé (D) (sem complicações pós-op) Calmo, consciente, orientado, deambulando, orientação e informações

Dr. Rodrigo Rocha
ENFERMEIRO
COREN-PI Nº 204.016

14:40 – Alta da SRPA

DESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO 23/21/232

ANESTESIOLOGISTA

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

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

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		1200 SSW - P - 60
13/10/18			PA: 130X60 mmHg
1	Dieta oral livre — Edigna Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3718		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _1comp VO 6/6hs	~~12~~ 18 24 06	
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h	~~12~~ 18 24 06	
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

Recomendo imprimir, medicamento
apelent 15 CIP 15
c/ P. Normal
SF quente.
Alta + Ortopedia / Dr
Dr c. Pluvio

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Dom Severino, 655 - Bairro
Teresina - PI
CEP 64.000-410
29 JUN 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONFERIDO APÓS VERIFICAÇÃO
DPVAT

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. G. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367

NDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

SPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEO D		RAIO-X REALIZADO DATA 13/10/20 Técnico:
13/10/18			
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs		
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h		
5	Cuidados gerais e sinais vitais		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.

Dr.Giordanio Cronembreger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr.Ricardo S. Valença / Dr.Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia/ Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

2 ? JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME
NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO
CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE
CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO
22/05/1971

DOC. ORIGEM
CERT.NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91

ASSINATURA DO DIRETOR
Pedro Gomes de Moraes

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE

047625

ASSINATURA DO TITULAR
Nelle Roze Soares Marques

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

2 ? JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME
NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO
CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE
CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO
22/05/1971

DOC. ORIGEM
CERT.NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91

ASSINATURA DO DIRETOR
Pedro Gomes de Moraes

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE

047625

ASSINATURA DO TITULAR
Nelle Roze Soares Marques

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013603906275
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM		RUNTRAN	EXERCÍCIO
1	01074856110			2018

0670
0166
c2a1
6d4f
98eb
d7e6
fc84
63f4
71bc
fc12
7018

NOME
JOSE RIBEIRO DE SOUSA
****
****

CPF/CNPJ	PLACA
29141018600	PIN-7070

PLACA ANT.	CHASSI
	9C6KE1560F0041342

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/MENTRA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/T115 CRYPTON K	2015	2015

CAP. POT./CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0114CC	PARTICU	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
		1ª IPVA
PAGAT. P/ A	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
		3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATÓRIO			

OBSERVAÇÕES
A/T ... S/C D.
TDR

SEGURO OBRIGATÓRIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
TERESINA	06/12/2018

MARIO MARCELO DE SOUSA LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013603906275 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	06/12/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	29141018600	PIN-7070

RENAVAM	MARCA / MODELO
01074856110	YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANO FAB.	CAT. DPVAT	Nº CHASSI
2015	09	9C6KE1560F0041342

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNL (R$)	RENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
000,00	000,00	000,00

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER RECEBIDO/PAGO (R$)
000,00	000,00	185,50

PAGAMENTO		DATA DE EMISSÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	06/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI — Nº 013603906275

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	EXERCÍCIO
1	01074856110	2018

0670 0166 c2a1 ad4f 94ab d7e6 fc84 e364 7bb4 fb12 7018

NOME: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

****

****

CPF/CNPJ	PLACA
29141018800	PIN-7070

PLACA ANTERIOR	CHASSI
	9C6KE1560F0041342

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/INTEIRA	GASOLINA

MARCA/MODELO/COR	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/T115 CRYPTON K	2015	2015

CAP./POT./CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0114CC	PARTICU	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
		1ª IPVA
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
		3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

A/T [illegible] LTDA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
TERESINA	06/12/2018

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013603906275 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	06/12/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	29141018800	PIN-7070

RENAVAM	MARCA / MODELO
01074856110	YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANO FAB.	DIV. TEC.	Nº CHASSI
2015	09	9C6KE1560F0041342

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
000,00	000,00	000,00

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO (R$)
000,00	000,00	185,50

PAGAMENTO		DATA DE EMISSÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	06/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
3 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI — Nº 013603906275

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	EXERCÍCIO
1	01074856110	2018

0670 0166 c2a1 ad4f 94ab d7e6 fc84 e364 7bb4 fb12 7018

NOME: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

****

****

CPF/CNPJ	PLACA
29141018800	PIN-7070

PLACA ANTERIOR	CHASSI
	9C6KE1560F0041342

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/INTEIRA	GASOLINA

MARCA/MODELO/COR	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/T115 CRYPTON K	2015	2015

CAP./POT./CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0114CC	PARTICU	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
		1ª IPVA
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
		3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

A/T [illegible] LTDA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
TERESINA	06/12/2018

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013603906275 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	06/12/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	29141018800	PIN-7070

RENAVAM	MARCA / MODELO
01074856110	YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANO FAB.	DIV. TEC.	Nº CHASSI
2015	09	9C6KE1560F0041342

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
000,00	000,00	000,00

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO (R$)
000,00	000,00	185,50

PAGAMENTO		DATA DE EMISSÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	06/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
3 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Eu José Ribeiro de Sousa
CPF: 291.410.188-00 Resido no Loteamento
Vitoria 05 QD-C Bairro Curupi
Afirmo que sofri um acidente de moto
dia 12/09/18 onde fraturei o calcaneo
fiz cirurgia colocando placas e fraturei
3 costelas direita e pancada na
cabeça onde desmaiei, quando acordei
tava no hospital, fiz uma pericia
médica Drº Frederico, e logo em
seguida mandaram um auditor
que negou meu processo, ele não
tem direito de negar, pois estou
com sequela e sou um senhor
de idade, é um direito que tenho
como acidentado porque não estou
conseguindo trabalhar. liberem
meu processo pois estou precisando
muito. Teresina Piauí 13/09/19.

José Ribeiro de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402464 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCANEO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM CALCANEO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIREITO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO PE DIREITO.

Resultados terapêuticos: ALTERACAO ANATOMICA EM REGIAO DE CALCANEO A DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402464 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCANEO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM CALCANEO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIREITO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO PE DIREITO.

Resultados terapêuticos: ALTERACAO ANATOMICA EM REGIAO DE CALCANEO A DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402464 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO. P5, 18

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CALCÂNEO: OSTEOSSÍNTESE); DEMAIS CONSERVADOR. P9, 21
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO CONFORME PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 20/12/2018 SINISTRO 3180586194.

@1
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402464 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO. P5, 18

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CALCÂNEO: OSTEOSSÍNTESE); DEMAIS CONSERVADOR. P9, 21
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO CONFORME PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 20/12/2018 SINISTRO 3180586194.

@1
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: José Ribeiro De Sousa		
RG: 4.867.693	**ORG. EMISSOR:** SSP/PI	**D. EXPEDIÇÃO:** 16/07/18
CPF: 291.410.188-00	**ESTADO CIVIL:** Casado	**PROFISSÃO:** Carpinteiro
ENDEREÇO: Lot Vitoria O-C C-05		**Nº:** 05
COMPLEMENTO: Casa	**BAIRRO:** Gurupi	
CIDADE: Teresina **ESTADO:** Piauí	**CEP:** 64091-600	**TELEFONE:** (86) 99534-6565

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rose Soares Marques			
RG: 4.119.262	**ORG. EMISSOR:** SSP PI	**D. EXPEDIÇÃO:** 23/09/14	
CPF: 840.173.173-91	**ESTADO CIVIL:** Solteira	**PROFISSÃO:** Recuso	
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro			**Nº:** 544
BAIRRO: Centro	**CIDADE:** Teresina	**UF:** PI	**CEP:** 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

José Ribeiro De Sousa

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 40
Centro-Norte CEP: 64
Teresina

Data do acidente de trânsito : 12/09/2018

Cobertura da vitima : Invalidez

LOCAL / DATA : Teresina 11/06/2019

Cartório do 3º Ofício Teresina - PI

José Ribeiro de Sousa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Teresina-PI,11/06/2019.
www.tjpi.jus.br/portaleextra
KARIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FNMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:255
PROCURAÇÃO PARTICULAR
Selo:AAD16901-T5RG

CARTORIO 3º OFICIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Karia Gardenia da Silva Santos
Escrevente Autorizada
Teresina - Piauí

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: José Ribeiro De Sousa		
RG: 4.867.693	**ORG. EMISSOR:** SSP/PI	**D. EXPEDIÇÃO:** 16/07/18
CPF: 291.410.188-00	**ESTADO CIVIL:** Casado	**PROFISSÃO:** Carpinteiro
ENDEREÇO: Lot Vitória Q-C C-05		**Nº:** 05
COMPLEMENTO: Casa	**BAIRRO:** Gurupi	
CIDADE: Teresina **ESTADO:** Piauí	**CEP:** 64091-600	**TELEFONE:** (86) 99534-6565

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rose Soares Marques		
RG: 4.119.262	**ORG. EMISSOR:** SSP PI	**D. EXPEDIÇÃO:** 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	**ESTADO CIVIL:** Solteira	**PROFISSÃO:** Recuso
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro		**Nº:** 544
BAIRRO: Centro	**CIDADE:** Teresina **UF:** PI	**CEP:** 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PEREEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

José Ribeiro De Sousa

Data do acidente de trânsito : 12/09/2018

Cobertura da vitima : Invalidez

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 4
Centro-Norte CEP:
Teresina

LOCAL / DATA : Teresina 11/06/2019

José Ribeiro de Sousa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE RIBEIRO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI,11/06/2019. Selo:AAD16901-T5RG
www.tjpi.jus.br/portaleextra
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:255
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTORIO 3º OFICIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTORIO TEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFICIO DE NOTAS
Cartório de Notas
Escrevente Autorizada
Katia Gardenia da Silva Santos
Teresina - Pi

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218509/19

Número do Sinistro: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 291.410.188-00 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE RIBEIRO DE SOUSA : 291.410.188-00

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/07/2019	Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES	Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 840.173.173-91	CPF: 004.709.313-70
NELLE ROZE SOARES MARQUES	Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218509/19

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 291.410.188-00 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE RIBEIRO DE SOUSA : 291.410.188-00

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 28/06/2019	Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES	Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 840.173.173-91	CPF: 004.709.313-70
NELLE ROZE SOARES MARQUES	Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218509/19

Número do Sinistro: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 291.410.188-00 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Procuração

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/07/2019 Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES CPF: 840.173.173-91	Data do cadastramento: 01/07/2019 Nome: Paula Vargens Mendes da Costa CPF: 004.709.313-70
NELLE ROZE SOARES MARQUES	Paula Vargens Mendes da Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382072/19

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 291.410.188-00 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE RIBEIRO DE SOUSA : 291.410.188-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 31/10/2019	Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES	Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 840.173.173-91	CPF: 004.709.313-70
NELLE ROZE SOARES MARQUES	Paula Vargens Mendes da Costa

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402464 **Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA**

Data do Acidente: 12/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402464
Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA
Data do Acidente: 12/09/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RIBEIRO DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14512516

:

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14565217

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402464 **Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA**

Data do Acidente: 12/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Após a análise do seu pedido do Seguro DPVAT, verificamos a existência de irregularidades.

Por essa razão, o seu pedido foi negado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 291.410-188-00 | Nome completo da vítima: José Ribeiro de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: José Ribeiro de Souza | CPF: 291.410-188-00

Profissão: Carpinteiro | Endereço: Lot Vitória A-C | Número: 05 | Complemento:

Bairro: Gurupi | Cidade: Teresina | Estado: PI | CEP: 64091-600

E-mail: | Tel.(DDD): (86) 9-8815-6429

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 (13) CONTA: 295588 (1)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64002470

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Teresina 13/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Ribeiro de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	291.410.188-00	Jose Ribeiro De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Jose Ribeiro De Sousa — CPF: 291.410.188-00

Profissão: carpinteiro — Endereço: Lot Vitoria Q-C C-05 — Número: 05 — Complemento: casa

Bairro: Buenos — Cidade: Teresina — Estado: PI — CEP: 64000-235

E-mail: — Tel.(DDD): (86)99534-6565

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 295588 1 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 JUN 2019 — GENTE SEGURADORA S.A. — Rua Coelho de Rezende, 465 — Centro — Teresina — CEP 64.000-465 — PI

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo — Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: — Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não — Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina-Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lesi Ribeiro de sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) — Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, NO ATO DO PEDIDO.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 JUN 2019

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	291.410.188-00	Jose Ribeiro De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Jose Ribeiro De Sousa — CPF: 291.410.188-00

Profissão: carpinteiro — Endereço: Lot Vitoria Q-C C-05 — Número: 05 — Complemento: casa

Bairro: Buenos — Cidade: Teresina — Estado: PI — CEP: 64000-235

E-mail: — Tel.(DDD): (86)99534-6565

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 295588 1 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 JUN 2019 — GENTE SEGURADORA S.A. — Rua Coelho de Rezende, 465 — Centro — Teresina — CEP 64.000-465 — PI

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo — Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: — Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não — Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina-Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lesi Ribeiro de sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) — Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, NO ATO DO PEDIDO.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 JUN 2019

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180586194
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ribeiro de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Loteamento Vitoria, 05 Q C
Gurupi Teresina PI CEP: 64091-600
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4867693
Data local do acidente: [12/09/2018]
Data local do exame: [20/12/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURA DE CALCANEO DIREITO.

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: VÍTIMA DESENVOLVEU PROCESSO INFECCIOSO COM NECESSIDADE DE DEBRIDAMENTO.
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VÍTIMA APRESENTA ULCERA NA REGIÃO POSTERIOR DO CALCANEO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO.

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

(X) Sim ( ) Não

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

( ) Sim **(X) Não**

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

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 o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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 (*).

(X) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

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 à valoração do dano corporal.

LOCAL DO ACIDENTE: BR 343 - GURUPI - TERESINA PI

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190402464
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ribeiro de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Loteamento Vitoria, 05 Qd-c
Gurupi Teresina PI CEP: 64091-600
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4867693
Data local do acidente: [12/09/2018]
Data local do exame: [22/07/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO CALCANEO DIREITO

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

Tratamento: OSTEOSSINTESE COM PARAFUSO METALICO
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO
Data da Alta: 12/10/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM CALCANEO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIREITO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO PE DIREITO.

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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

LIMITACAO FUNCIONAL DO PE DIREITO COM DOR EM PÉ E EM CALCANEO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIREITO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO PE DIREITO, APRESENTANDO ALTERACAO ANATOMICA DO CALCANEO COM PERCA DE MATERIAL MUSCULAR NA REGIAO, O QUE PIORA A MOBILIDADE DO PE.

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 o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Frederico Fonseca de Oliveira

SaudeSEG

Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058

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

523 v. 1.0

Delegacia Geral da Polícia Civil – Gerência de Polícia Especializada

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000632/2018-63

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA **Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa**

Data/Hora: 17/10/2018 - 12:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora
12/09/2018 - 06:40

492493

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Municipio
TERESINA

Bairro
GURUPI

Endereço
BR 343, Nº:

Complemento

Ponto de Referência
ALFA VILLE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 4867693 SSPPI PI
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA
Pai: DOZI ALVES DE SOUSA
Endereco: QUADRA C CASA 05 LOT. VITÓRIA FREI DAMIÃO, Nº
Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO
Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR-343, SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTO YAMAHA/TII5 CRYTON K, COR BRANCA, ANO 2015, PLACA PIN-7070, RENAVAM 01074856110 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA, E NAS PROXIMIDADES DO CONDOMÍNIO ALFA VILLE, O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS , QUE SEGUIA NA MESMA VIA EM SENTIDO CONTRÁRIO, COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE, QUE FICOU LESIONADO , FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio F. Barbosa
Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

José Ribeiro de Sousa
JOSE RIBEIRO DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegacia Geral da Polícia Civil – Gerência de Polícia Especializada
Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470