

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBERT RAMON MOLINA MENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000115175-4

---

Nr. da Autenticação 572903F4D4E81AFA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190674819 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RUBERT RAMON MOLINA MENA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO. P.7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.11,12,17,18

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO PIAUÍ  
Av. Miguel Rosa, 3515, Terreo - Bairro Piçarra, Teresina/PI, CEP 64001-490  
Telefone: (86)3216-1263 e Fax: @fax\_unidade@ - <http://www.cbm.pi.gov.br>

## CERTIDÃO

Processo nº 00321.000719/2019-36

Interessado: MOLINA MENA RUBERT RAMON

CERTIFICO, o requerimento da pessoa interessada, o Senhor Rubert Ramon Molina Mena, RG 18.520.242, Órgão Expedidor: Venezuela; CPF 708.129.382-40, residente e domiciliado na Rua do Cajueiro s/nº, bairro Lourival Parente, no município de Teresina, Estado do Piauí, telefone (86) 99432-0059, conforme Protocolo nº 00321.000719/2019-36, datado de 28/11/2019, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 242/2019, do 1º Ten. QCOBM Antônio CARLOS do NASCIMENTO, referente ao serviço do dia 01 para o dia 02 de setembro de 2019, foi encontrado o seguinte registro:

### 1 – OCORRÊNCIAS

#### 1.10. Acidente Automobilístico (Motoqueiro)

Por volta das 07:35hs, atendendo a solicitação de João da Silva Neto, através do tel. (86) 99401-2243. A guarnição do resgate, chefiada pelo ST BM Ribeiro, deslocou-se até a Av. Barão de Castelo Branco, s/nº, bairro Redenção, próximo a Cidade DETRAN, para atendimento a um acidente automobilístico envolvendo motoqueiro. No lugar a vítima foi imobilizada na prancha e colocada na maca e conduzida até o Hospital de Urgência de Teresina- HUT. Dados da Vítima: Rubert Ramon Molina Mena, mãe Verenise Del Vaile Mena, residente na Rua do Cajueiro, s/nº, bairro Lourival Parente, nascido a 04/07/1988. Danos Pessoais: a vítima queixava-se de dores na região lombar, digo, região do quadril, com suspeita de fratura. A guarnição identificou o indivíduo como venezuelano. Retornou sem alteração ao CBMEPI. Saída: 07:35hs. Chegada: 08:15hs



Documento assinado eletronicamente por SÁRVIO PEREIRA DE SOUSA - Matr.0080765-6, Tenente Coronel CBMEPI-PI, em 28/11/2019, às 12:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019.



Alto

NOME DO PACIENTE: Robert molina meire  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 521437

**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".

Utopedia  
Geral



# 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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> ROBERT MOLINA MENE		<b>Prontuário:</b> 521437	
<b>Mãe:</b> VERENISE DEL VALLE MENE		<b>Pai:</b>	
<b>End.Resid.:</b> RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 04/07/1988	<b>Idade:</b> 31a1m28d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b>
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b>	
<b>Profissão:</b> AUTONOMO		<b>Documento:</b> Reg.Nasc: 0000000	
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)	

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 739010	<b>Entrada:</b> 01/09/2019 08:05:00	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060061
<b>Motivo da Procura</b> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> QUEDAS	<b>Classificação:</b> Evento recente	<b>Cor:</b> Verde
<b>Breve História Clas. Risco:</b> Motociclista com relato de colisão com carro e acostamento, de capacete, queixa dor em MID. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		<b>IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES</b> CRN 157540 Em: 01/09/2019 08:12:33

<b>SSVV:</b>	<b>(Hora: ____ : ____)</b>
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M
<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm
<b>Pressão:</b> mmHg	

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE ALCOOLIZADO TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 30MIN. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA E VÔMITO. A: VIAS AERÉAS PERVIAS. USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. NEGA DOR CERVICAL

B: MV PRESENTE BILATERALMENTE. SAT O2 96%. NEGA DOR TORÁCICA

C: ABDOME FLÁCIDO E SEM SINAIS DE PERITONITE; SEM SANGRAMENTO ATIVO. PA 100/60MMHG; FC 68BPM; PÉLVIS ESTÁVEL

D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREATIVAS

E: ESCORIAÇÕES E DOR EM MID

<b>Diagnóstico Inicial:</b> ?	<b>CID:</b>
----------------------------------	-------------

<b>Exames Complementares:</b> (1298214) - TORAX PA (1298215) - MEMBRO INFERIOR DIREITO
--

<b>Prescrição Médica:</b>
---------------------------

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b>
<b>Observação (Adulto)</b>

<b>Assinatura Paciente ou Responsável</b> Assinatura	<b>DATA:</b> 01/09/19. <b>HORA:</b> 08:00
---	---

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
CRM: Em: 01/09/2019 08:52:49



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
IRIGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Hd. TAL DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

RETORNO  
Elmudi

NOME DO PACIENTE

Robert Oliveira

Mene

PRONTUÁRIO

52143

CLÍNICA

Enf. ou AP

LETO

233/687

MÉDICO

RETORNO

DATA/HORA  
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

03 # POI Evolução Area

09

19 1 DIETA ORAL LIVRE Ediane Nogueira  
Visto Nutricionista  
CRN/PI 3716

2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA

3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS

4 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h

5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h

6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h

7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN

8 CUIDADOS GERAIS

9 Usar 40y-lap-Si, 1x/dia

Dr. Jamerson M. de Lencastre  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM: 38728 / FORTALEZA  
TEOF: 11094



EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM  
ESCALAS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA E AVALIAÇÕES DE RISCO



NOME: Robert Melina

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_

253/107

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIM): ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) ALTA DEPENDÊNCIA ( ) SEM-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O <sub>2</sub>	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24											
06											

**ESCALA DE BRADEN:**

PERCEÇÃO SENSORIAL (limitação):	PONTOS:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"
1-Totalmente / 2-Muito / 3-Parcialmente / 4-Nenhuma		ALTO RISCO AR: <12	
1-Completamente / 2-Muito / 3-Parcialmente / 4-Parcialmente		MEDIO RISCO MR: 12 a 14	
1-Atividade: 1-Atividade / 2-Cadeira rodas / 3-Anda Ocasionalmente / 4-Anda Frequentemente		BAIXO RISCO BR: >14	
1-Totalmente / 2-Muito / 3-Parcialmente / 4-Nenhuma			

**NUTRIÇÃO:** 1-Muito pobre 2-Insuficiente 3-Adaptada 4-Excelente

**FRICÇÃO E CISALHAMENTO:** 1-Nenhuma 2-Pouca 3-Muito Problema

**IE QUEDA:**

IE QUEDA:	PONTOS:	CONTROLE:
1-0		SEM RISCO SR: 0-24
3 / NÃO-0		BAIXO RISCO BR: 25-50
Andador - 15 / Nenhum/Acomodado/Auxílio Profissional Saúde - 0		ALTO RISCO AR: > 51
0-0		
-15 / Normal / Sem desatolização, acamado, cadeira de rodas - 0		
10 - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação - 0		

CI ASSINATURA: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Estado Mental: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Torporoso ( ) Glasgow: AO / RV / RM =
- Locomoção: ( ) Deambula ( ) Acamado ( ) Restrito ao leito por orientação ( ) Paratésia ( ) Plegia ( ) Hemiparesia ( ) Déficit Motor
- Respiração: ( ) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) TQT ( ) Sem O<sub>2</sub> ( ) Com O<sub>2</sub>:
- Sistema Cardiovascular: ( ) BNR ( ) BNF ( ) 2T ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Outros:
- Dieta: ( ) VO ( ) SNE/SNG ( ) SOE/SOG ( ) GTT ( ) NPT ( ) Dieta zero ( ) Boa aceitação ( ) Aceita Parcialmente ( ) Não aceita ( )
- Abdômen: ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Rígido/Tenso ( ) Timpânico ( ) Doloroso ( ) Indolor ( ) Outros:
- Pele e mucosas: ( ) Hipomocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Integro ( ) Edema/Anasarca ( ) Hidratado ( ) Lesões Bolhosas ( ) Escoriações ( ) LPPs
- Hidratação: ( ) MAP ( ) AVC ( ) Outros:
- Drenos: ( ) Sutor ( ) Torácico ( ) DVE ( ) Kher ( ) Penrose ( ) Outros:
- Diurese: ( ) Espontânea ( ) Dispositivo Urinário ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Normal ( ) Reduzida ( ) Hematúria ( ) Outros:
- Evacuações: ( ) Presentes ( ) Constipado \_\_\_\_ dias ( ) Diarréia \_\_\_\_ dias ( ) Metena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Outros:
- Admissão: 12.1: Alergias ( ) Não ( ) Sim, Quais?
- 12.2: Cirurgia Anterior: ( ) Não ( ) Sim, Quais? Data?
- 12.3: Comorbidades: ( ) Não ( ) Sim, Quais? Data?
- 12.4: Medicamentos de uso contínuo:

16h Retorno do Sr. Robert Melina para o leito de enfermaria.

COBERTOR 1244-111



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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

238292

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>246404</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5- Nome: <b>ROBERT MOLINA MENE</b>	6 - Prontuário: <b>521437</b>	
7-CNS: <b>898005920691346</b>	8-Nascimento: <b>04/07/1988</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>
11-Mãe: <b>VERENISE DEL VALLE MENE</b>	12-Fone:	
Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>	
15-Ender: <b>RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010</b>		
Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>	

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <b>PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO , COM TRAUMA EM MID, COM DOR , EDEMA E DEFORMIDADE</b>			
21 - Condições que justificam a internação: <b>TTO CIRURGICO</b>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <b>EX FISICO + RX</b>			
23-Diagnóstico Inicial: <b>Fratura subtrocanterica</b>	24-CID Prin: <b>S722</b>	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28-Cod.Proced.: <b>0408050616</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA</b>	Tempo
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b>	31-Docum.: <b>01</b>
	32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF</b>	<b>892.673.703-91</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>LEOCÁDIO SOARES DA SILVA</b>	34-Data Solicitação: <b>01/09/2019</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36-( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>A. L. ...</i>	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) Usuário: (LEOCADIO) Consulta Local: 739010 Consulta SUS: Impressão: 01/09/2019 09:50:18





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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

238392

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>246521</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ROBERT MOLINA MENE</b>	6 - Prontuário: <b>521437</b>	
7-CNS: <b>898005920691346</b>	8-Nascimento: <b>04/07/1988</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>
11-Mãe: <b>VERENISE DEL VALLE MENE</b>	12-Fone:	
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>	
-Ender: <b>RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010</b>		
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Perda de fratura na diáfise de fêmur @ op. Trauma</i>		
21 - Condições que justificam a internação: <i>Necessidade de 1to cirurgia</i>		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx + Exame Físico</i>		
3-Diagnóstico Inicial: <b>Fratura da diáfise do fêmur</b>	24-CID Prim: <b>S723</b>	25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28-Cod.Proced.: <b>0408050519</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>	Temp.:
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: <b>02 01 CPF 835.447.043-15</b>	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR</b>	34-Data Solicitação: <b>02/09/2019</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CSH):

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36-( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Serie:
37-( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOK:
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: <b>ALCINA OLIVEIRA</b> Consulta Local: <b>739414</b> Consulta SUS: Impressão: <b>02/09/2019 10:37:37</b>





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código de Internação
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>2465</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ROBERT MOLINA MENE</b>	6 - Prontuário: <b>521437</b>		
7-CNS: <b>898005920691346</b>	8-Nascimento: <b>04/07/1988</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	<b>0000000</b>
11-Mãe: <b>VERENISE DEL VALLE MENE</b>	12-Fone:		
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Fone:		
15-Ender: <b>RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050519</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030910</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidada:
Fornecedor da OPM: <b>SPINE</b>		

38-Profissional Responsável: <b>JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	<b>Dr. LEANDRO PONCE LEAL</b> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Ombro e Cotovelo CRM-PI 2608 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: <b>02/09/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>835.447.043-15</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Podete < / Fratura de fêmur < / necessidade  
de abscisão < / placa placa OCP 12 furos + Parafusos  
corticais.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	/ /	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	/ /	
	53-Ass. Carimbo (Rg. Conselh	

(ALCINA OLIVEIRA)

**RAIO-X REALIZADO**  
DATA 02/09/2019 HORA 14h  
TÉCNICO WA


Fis N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/09/29

NOME DO PACIENTE: <u>Roberto Roberto</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>521432</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Rouqui</u>	N° DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Jamerson</u>	CPF N°
AUXILIAR: <u>R. Pereira e R. Moura</u>	CPF N°
ANESTESIA: <u>princípio</u>	CPF N°
INSTRUMENTADORA: <u>Rouqui</u>	CPF N°

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>8.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA N° <u>4.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>30</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>08</u>		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>80</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>08</u>		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	-		<u>elctodo 01</u>	<u>unidade</u>		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>leve 6.5: 02</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>leve 4.8: 01</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				 <p>Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia CRM: 3878 TEOT: 11094</p>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	<u>04</u>			ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Adriana Silva</u>			
VICRYL <u>0</u>	<u>01</u>						
PROLENO <u>vicryl 2-0</u>	<u>04</u>						





## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Robert Malin mane

Sala:

Alergia: NegaData: 02/09/19Procedimento: Pro. Cir. Ft. Fêmur p.

Cirurgião:

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Midazolam	mg												
2 Fentanyl	mcg												
3 Propofol	mg												
4 Fentanyl	mcg												
5 Midazolam	mg												
6 Propofol	mg												
7 Oxycodone	mg												
8 Oxycodone	mg												
9 Fentanyl	mcg												
10 Fentanyl	mcg												
11 Fentanyl	mcg												
12													
13													
gênio	l												
AR/N2O													
Volatil	%												

## Acesso Vascular

- ☒ Periférico NAF
- Cat. Venoso n° 16 G
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gastos 2 cateteres
- ☐ Central

## Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT n°
- ☐ LMA n°

## Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

## Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros Sedação

Decúbito: D/V

SPO2 (%)	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

## Descrição da Anestesia:

A) Identificação: A.P.A. B) Monitorização e uso de NAF C) Sedação leve  
1 e 2. D) B.S.A: antido, A.A. bol, 13-14, Curvelo 216 c/ retorno de Ue. Adm 3, 4, 5. 61  
At. cirurgião: F) ect. statul, unalido, exanul a SRA.

Dr. Alécio F. Leite  
Anestesiologista  
CRM-PI: 6190  
Anestesiologista

N. 14





# 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: **ROBERT MOLINA MENE** (Prontuário: 521437)  
Endereço: RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/07/1988 Idade: 31a1m30d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 246521  
Requisição: 995213 Solicitação: 02/09/2019 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR  
Controle: 1299395 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 233 EXTRA 001

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060060

Data Exame: 02/09/2019

### QUADRIL DIREITO

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

- Fratura oblíqua completa recente alinhada na diáfise proximal do fêmur fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/09/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Assinatura Profissional Carimbo  
Metrícula: 68904  
SAME - HUT  
Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ROBERT MOLINA MENE (Prontuário: 521437)**  
Endereço: RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/07/1988 Idade: 31a1m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 739010  
Requisição: 994644 Solicitação: 01/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1298214 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 01/09/2019

**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**

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/09/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Kassio Augusto Pinheiro Cordeiro  
Metrícula: 69904  
SAME - HUT



# 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: **ROBERT MOLINA MENE** (Prontuário: 521437)  
Endereço: RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/07/1988 Idade: 31a1m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 739010  
Requisição: 994644 Solicitação: 01/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1298215 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 01/09/2019

### MEMBRO INFERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura subtrocanterica recente desalinhada no fêmur.
- Restante da estrutura óssea visualizada preservada.
- Aumento de volume de partes moles da coxa, joelho e perna.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/09/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Ass: João Parente Cavalcante  
Matricula: 89904  
SAME - HUT  
Confirmação: \_\_\_\_\_

**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: **ROBERT MOLINA MENE** (Prontuário: 521437)  
Endereço: RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/07/1988 Idade: 31a1m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 739010  
Requisição: 994668 Solicitação: 01/09/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA  
Controle: 1298281 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 01/09/2019

**BACIA PA**

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.  
os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente desalinhada subtrocantérica no fêmur direito.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/09/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Kassa: 00000000000000000000000000000000  
Metrícula: 69904  
SAME - HUT  
Conforme Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ROBERT MOLINA MENE (Prontuário: 521437)**  
Endereço: RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/07/1988 Idade: 31a1m30d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 246521  
Requisição: 995213 Solicitação: 02/09/2019 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR  
Controle: 1299394 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 233 EXTRA 001

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 02/09/2019

**COXA DIREITA**

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura oblíqua completa recente alinhada na diáfise proximal do fêmur fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/09/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Kassio Joazez Francisco Cavalcante  
Matrícula: 69904  
SAME - HUT  
Confirmação





**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

**Unidade:** CIS Lineu Araújo

**Nome:** ROBERT MOLINA MENE

**Data do exame:** 26/09/2019

**Id Paciente:** LA424488

**Data do laudo:** 30-09-2019

**Raio X do Fêmur Direito**

**ACHADOS:**

Artefatos metálicos ortopédicos para fixação no terço próximo da diáfise do fêmur direito, com alinhamento ósseo adequado.

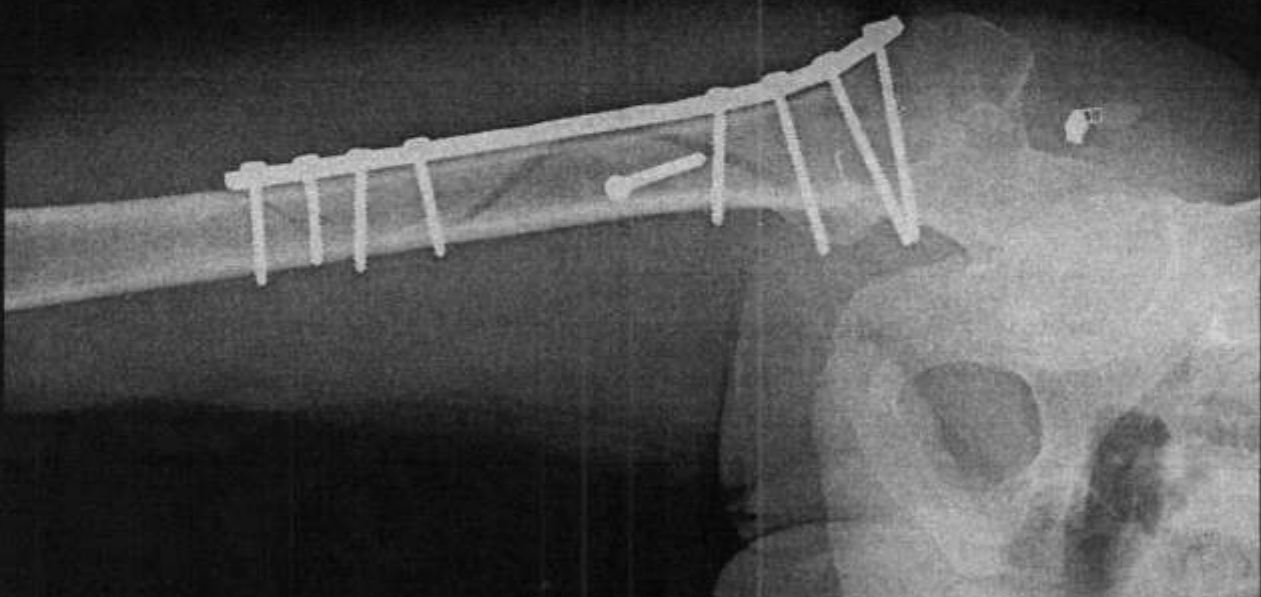
Superfícies e espaços articulares sem alterações.

Partes moles sem alterações.

---

Dr. Leonardo Augusto  
Médico Radiologista  
CRM-PI: 3050

ROBERT, MOLINA MENE  
031Y M LA424488  
Nasc: 04/07/1988  
FEMUR  
PELVIS  
Im: 1 / 2  
2140 X 1760



FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA ROBERT, MOLINA MENE  
26/09/2019 031Y M LA424488  
09:41:42 Nasc: 04/07/1988  
FEMUR  
PELVIS  
Im: 2 / 2  
2140 X 1760





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012115/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 13:57 Data/Hora Fim: 02/12/2019 14:33  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 01/09/2019 07:20

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Logradouro: A. MARECHAL CASTELO BRANCO

Bairro: Cidade Nova

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RUBERT RAMON MOLINA MENA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Boliviana Naturalidade: VENEZUELA Sexo: Masculino Nasc: 04/07/1988  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Berenice Mena Ramon Molina

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: RUA COJUEIRO Nº: S/N  
Bairro: MORADA NOVA

Nome Civil: ANA KACIA DA SILVA MOURÃO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Feminino Nasc: 29/09/1980  
Profissão: Do Lar  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria da Silva Moraes

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: RUA BIVA TITO DE OLIVEIRA Nº: 2164  
Bairro: LOURIVAL PARENTE

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Data de Impressão: 02/12/2019 14:33  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012115/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 922.017.418-91
Placa QIZ1601	Renavam 00509382517
Número do Motor 327A0111128002	Número do Chassi 8AP196272D4014513
Ano/Modelo Fabricação 2013/2012	Cor CINZA
UF Veículo Maranhão	Município Veículo São Luís
Marca/Modelo I/FIAT PALIO ATTRACT 1.4	Modelo I/FIAT PALIO ATTRACT 1.4
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 03/01/2019
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido

Ana Kacia da Silva Mourão

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO EM ENDEREÇO CITADO, PASSAGEIRO JA QUALIFICADO.RELATA QUE UM VEICULO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM E COLIDIU COM A MOTO,ONDE O PASSAGEIRO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO, ENCAMINHADO PARA O HUT. DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE

ASSINATURAS

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

escritório

Matrícula 0097516

Responsável pelo Atendimento

Ana Kacia da Silva Mourão

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e deito que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Data de Impressão: 02/12/2019 14:33  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos