

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

Valorização 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, Terreiro - 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 CBMPEPI. Saída: 07:35hs. Chegada: 08:15hs.

Documento assinado eletronicamente por SÁRVIO PEREIRA DE SOUSA - Matr.0080765-6, Tenente Coronel CBMPEPI-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.





Alta

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".



PRESCRIÇÃO MÉDICA

RETOEND
Blindekind

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			MÉDICO ASSESSOR
					RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
					OBSERVAÇÕES
09	D9	1 P01 Enfermeira Flavia			
14	1	DIETA ORAL LIVRE	Edilane Naguelito Visto Nutricionista CRM/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 SF 0,9% 8/8H SN			
	8	CUIDADOS GERAIS			
	9	Uso de gelo e compressas térmicas			
	10	Dr. Jefferson M. Traumatologista CRM: 3879 Cirurgião Dentista CRM: 11094			

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Robert Holmes

PRONTUÁRIO:

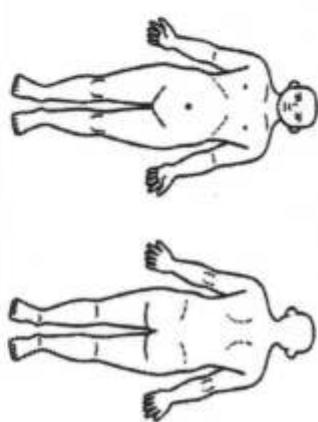
ENFERMARIA/LEITO:

The logo for HUT (Home Utilities Trust) is displayed. It consists of the word "HUT" in a bold, sans-serif font, with a registered trademark symbol (®) to its right. Below the main text, the words "HOME UTILITIES TRUST" are written in a smaller, all-caps font.

ANEXO DE DEPENDENCIA DE COIBADOS ENFERMAGEM (FUGUN): () MÍNIMOS ()

DENCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: ____ / ____ / 20

www.santillan.com



<p>* PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totamente / 2-Muito / 3-Ligeiramente / 4-Nenhuma</p> <p>UMIDADE (Mistério):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Completamente seco 2-Muito 3-Occasionalmente 4- <p>ATMOSFERA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -1-Acaba-se / 2-Cadeira rodas / 3-Anela Ocasionalmente -4-Anela Fazendo exercícios <p>MOBILIDADE (Limitação):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Totalmente / 2-Muito / 3-Ligeiramente / 4-Nenhuma <p>NUTRIÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -1-Muito pobre 2-Fraca/mediocre 3-Adequada 4-Excelente <p>FRIGAÇÃO E CRALHAMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -1-Não sente 2-Desconforto 3-Minimum Problema 			
<p>IE QUEDA):</p> <p>(0 = 0 5 = N/A = 0</p> <p>Anuidor - 15 /Nenhuma/Acamado/Audio Profissional Satisfação - 0</p> <p>- 15 / Normal / Sem desequilíbrio, acamado, cadeira de rodas - 0</p> <p>0 - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade de Limite - 0</p>			
<p>PONTOS:</p> <p>CONTROLE:</p> <p>SEM RISCO SIT: 0-24</p> <p>BALDO RISCO BR: 25-50</p> <p>ALTO RISCO AR: > 51</p>			

IE QUEDA)

PONTOS DE CONTROLE

10 - 0		
3 / NÃO - 0		
Andador - 15 (Níquel/Alumínio)/Ajuste Profissional Sênior - 0		SEM RISCO SR: 6-24
O - 0	BAIIXO RISCO BR: 25-50	

Impresso(a): 01/09/2019 09:50:18
Consulta SUS:

Evolução / Anotação de Enfermagem

1. Estado Mental: Consciente Orientado Torporoso
Glasgow: AO $\frac{1}{RV} = \frac{1}{RM}$
2. Locomoção: Deambula Acamado Restrito ao leito por orientação
 Parestesia Plegia
3. Respiração: Eupnêico Dispnéico Taquipnêico TQT
 Sem O₂ Com O₂:
4. Sistema Cardiovascular: BNR BNF 2T Normocárdico
 Taquicárdico Bradicárdico Outros:
5. Dieta: VO JSNE/SNG SOEISOG GIT NPT Dieta zero
(Boa aceitação) Aceita Parcialmente Não aceita
6. Abdômen: Plano Globoso Distendido Flácido Rígido/Tenso
 Timpânico Doloroso Indolor Outros:
7. Pele e mucosas: Normocorado Hipocorado Ictérico Integra
(Edema/Anasarca) Hidratado Lesões Bolhosas
(Escorriações) LPPs
8. Hidratação: AWP AVC
 Outros:



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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	246404

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO , COM TRAUMA EM MID, COM DOR , EDEMA E DEFORMIDADE

21 - Condições que justificam a internação:

TTO CIRURGICO

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

EX FISICO + RX

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass

Fratura subtrocantérica

S722

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408050616** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA** Tempo

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01 CPF 892.673.703-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LEOCÁDIO SOARES DA SILVA

01/09/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vinculo 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: F. A. L... r/lnr	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:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT4-CNES
5828856

246521

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **ROBERT MOLINA MENE**6 - Prontuário: **521437**7-CNS: **898005920691346** 8-Nascimento: **04/07/1988** 9-Sexo: **Masculino**11-Mãe: **VERENISE DEL VALLE MENE**

12-Fone:

13-Resp: **(O MESMO)**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **RUA CAJUEIRO - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Possui cr fratura na diáfise de
fêm o/ opér traue*

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de fto cirurgia

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

Rx + Exame Físico.

3-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

8723

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Temp:

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01 CPF 835.447.043-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

02/09/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOPI:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ALCINA (LIVRAR))

Consulta Local: T39412

Consulta SUS:

Impressão: 02/09/2019 10:37:37



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1918

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM 061

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME *Robert Molina Mené*

Nº AIH *246521*

Nº PRONTUÁRIO

521437

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE *0702030910*

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME *Dra. Yamesson*

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

02, 09, 2019

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)

01 Placa DCP larga 4.5mm 12 furos
09 Parafusos corticais

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

Spine medical

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM *02, 09, 2019*

EM _____

*Dr. Jameson M. de Lemos Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 38/82449
TEOT: 11094*

Iureamno

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	2465

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050519	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR
31-Cod.Procedimento Especial 0702030910	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)

Fornecedor da OPM: SPINE

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

Dr. LEANDRO PONCE LEAI
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608
41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pachete cu finante de femei cu necesitatea
de abordare cu atentație la OCP și femei + Parafus
cădavă.

AUTORIZACAO

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

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselh

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF: ____/____/____
------------------------------------------------------------------	----------------------	-----------------------------------

53-Ass. Carimbo (Bq-Conselh

(ALCINA OLIVEIRI)

RADIO REALIZADO
DATA 02/09/09 HORA ____
TÉCNICO W2

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/09/29

NOME DO PACIENTE:	<u>Roberto Batista</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>521432</u>
DIAGNÓSTICO:			
ANESTESIA:	<u>Roxane</u>	CIRURGIA:	
CIRURGIÃO:	<u>Jair Lemos Jr.</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
AUXILIAR:	<u>R. Pimentel e R. Moim</u>	CRM:	<u>3878</u>
ANESTESIA:	<u>Pacífico</u>	CIRURGIA:	<u>Ortopedia / Traumatologia</u>
INSTRUMENTADORA:	<u>Roxane</u>	CPF N°:	<u>11094</u>
		CPF N°:	
		CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 4.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	08		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	-		electrodos 0.5 mili			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				leva 6.5: 02			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				bem prego 9.8: 01			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				Dr. Jair Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				CRM: 3878			
ALCOFIL				TEOT: 11094			
MONONYLON	0.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE:			
PROLENO vicryl 2-0	02						



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <u>Rodrigo Molim Meire</u>	Sala:	Alergia: <u>Nega</u>	Data: <u>02/09/19</u>
Procedimento: <u>Doenças Fíbris</u>	Cirurgião:	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Nitrogênio	String												
2 Oxigênio	String												
3 Dexametasona (D)	String												
4 Fentanil	String												
5 Metformina	String												
6 Dipirona	String												
7 Anestesia	String												
8 Propofol	String												
9 Rocuronio	String												
10 Cefotaxima	String												
11	String												
12													
13													
gênero	%	X	X	X	X	X	X						
AR/N2O													
Volatile	%												

Acesso Vascular

- Periférico Nº 7
- Cat. Venoso nº Le G
- Dificuldade aces. venoso
- Gastos cateteres
- Central _____

Via Aérea

- Cateter nasal ✓
- IOT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia ✓
- PANI ✓
- Oxímetro de pulso ✓
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianesthesia ✓
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros bloq. gástrico

Decúbito: DRA

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

Descrição da Anestesia: A) Identificação: A.P.A. B) Monitorização e medicamentos: c) Sugestões:

1x2. D) B.S.A: metade, A.A. 100, Cerebral 216 c/ volume de U.V. Adm 3,4,5. E)

F) Cinética: Pct. 30%, metade, metade, metade à S.R.A.

Dr. Alécio F. Leite
Anestesiologista
CRM-PI: 6190
Anestesiologista
N. 11



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: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 233 EXTRA 001

Cod. SIA: 0204060060

Data Exame: 02/09/2019

RELATÓRIO:

QUADRIL DIREITO

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

- Fratura obliqua 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

Kesarjunis Parente Cravatati
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Contrato com Orçamento



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: SUS

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 COSTOFRÉNICOS 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

Assinatura Profissional Credenciada
Matrícula: 69904
SAME - HUT

Kel



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: S U S

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 subtrocantérica 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

Carlos Augusto Moura Fe
 Matrícular: 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: 994668 Solicitação: 01/09/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 1298281 Convênio: SUS

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

Carlos Augusto Moura Fe
Matrícula: 63904
SAME - HUT
Confir. - Robert Molina Mene



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
Requisição:	995213	Solicitação: 02/09/2019
Controle:	1299394	Convênio: S U S
		Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento 246521
		Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR
		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 obliqua 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

Karla Joana Ferreira Quiccale
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confira sua assinatura

Karla



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:

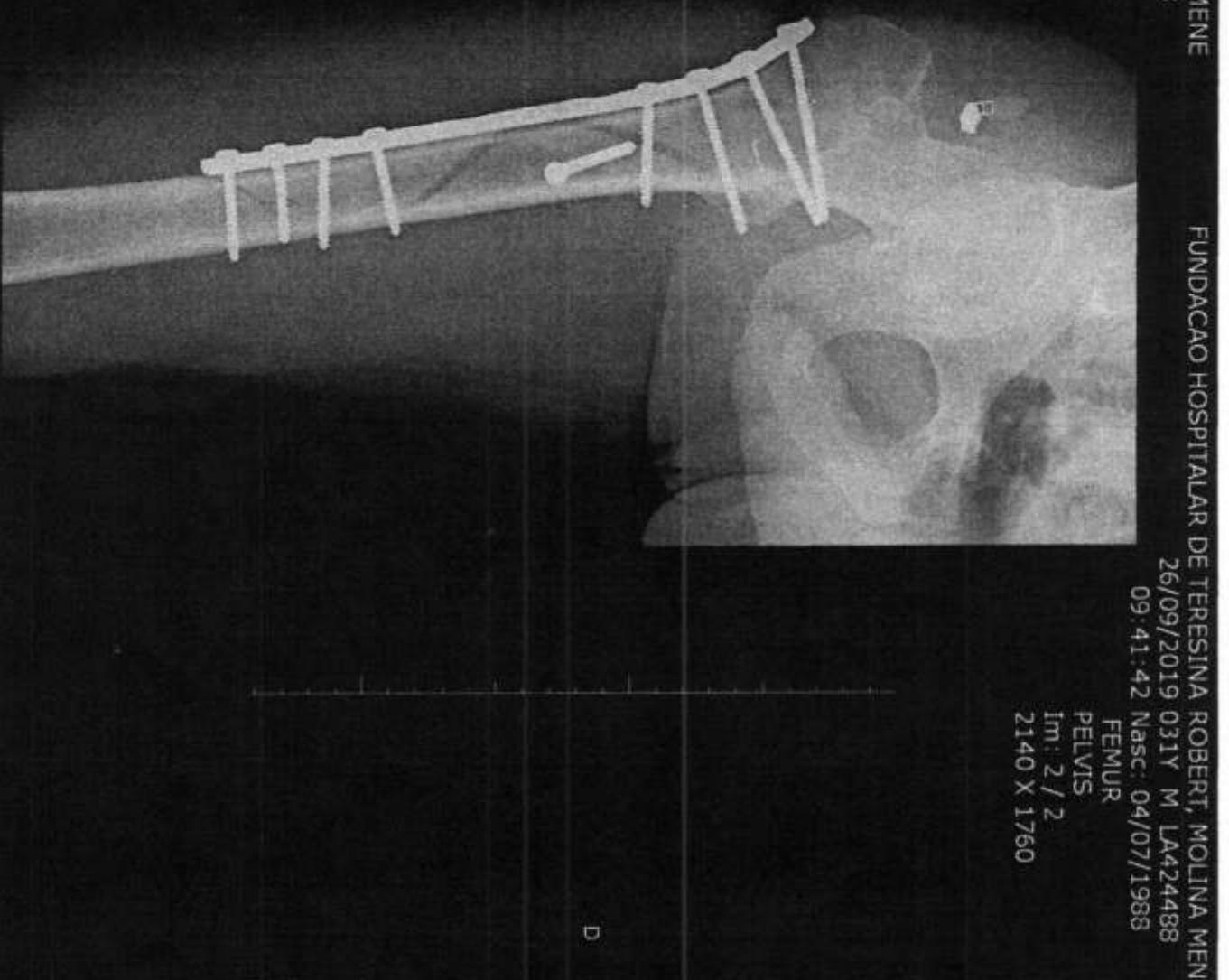
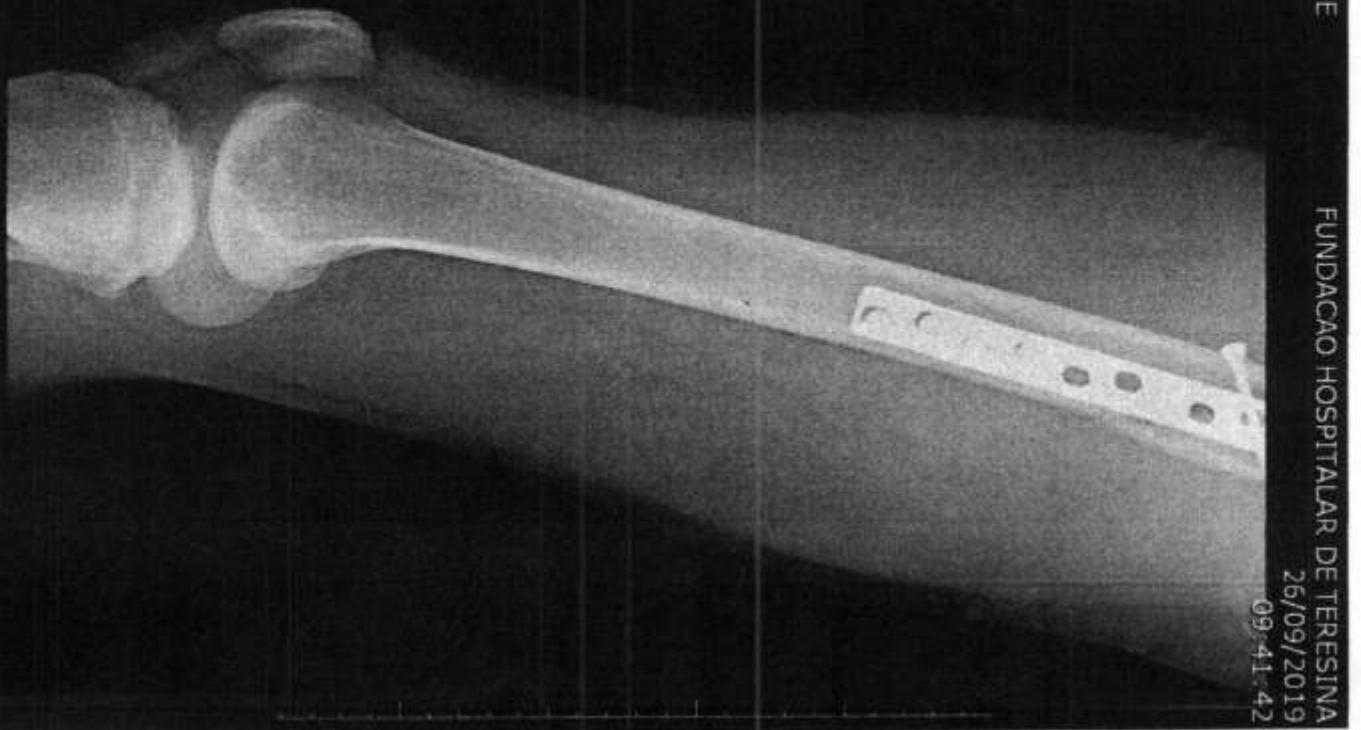
Artefatos metálicos ortopédicos para fixação no terço próximo da diáfise do fêmur direito, com alinhamento ósseo adequado.

Superfícies e espaços articulares sem alterações.

Partes moles sem alterações.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Léo" or "Leonardo".

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 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 Policia: 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)

Bairro: Cidade Nova

Logradouro: A. MARECHAL CASTELO BRANCO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(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 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI



Delegado de Policia 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	OIZ1601	Renavam	00509382517
Número do Motor	327A0111128002	Número do Chassi	8AP196272D4014513
Ano/Modelo Fabricação	2013/2012	Cor	CINZA
UF Véiculo	Maranhão	Município Véiculo	São Luís
Marca/Modelo	FIAT PALIO ATTRACT 1.4	Modelo	FIAT PALIO ATTRACT 1.4
Véiculo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado	Última Atualização Denatran	03/01/2019
Situação do Véiculo	ALIENACAO FIDUCIARIA		

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Kacia da Silva Mourão	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

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097515
Responsável pelo Atendimento

Ana Kacia da Silva Mourão

(Comunicante)

"Declaro para os efeitos finais de direito que sou eu(a) (meu(a)) responsável pelas informações acima assinadas e diante que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Colunista e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."