

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469569 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
CARVALHO VIEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE L1 ,L2

Descrição do exame EF: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR, FLEXÃO DE 30, EXTENSÃO DE 15, INCLINAÇÃO DE 35, ROTAÇÃO FÍSICO: DE 40 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/02/2019, COM HD DE FRATURA DE L1 ,L2; FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE FRATURA DE L1 + L2; JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna lombar

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 21/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469569 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
CARVALHO VIEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(ARTRODESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469569

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469569

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 04 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190469569**

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar
da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000008

Conta: 0000034483-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

039.785.793-85

Francisco das Chagas Corvalho Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo:

Francisco das Chagas Corvalho Vieira

6 - CPF:

039.785.793-85

7 - Profissão:

lavrador

8 - Endereço:

TV. ARAO LOBADO

9 - Número:

5/1

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BUXBONO

12 - Cidade:

UNIÃO

13 - Estado:

PIAUÍ

14 - CEP:

64.120.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 99445-6855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR

R\$1.000 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0008

CONTA: 00034483

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma opção):

Não há IML que atende 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 Lider 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.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

AG 2019

DP

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sí

Não

30 - Vítima deixou

Sí

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sí

Não

teve filhos?

Não

teve irmãos?

Não

teve irmãos?

Não

teve irmãos?

Não

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: UNIÃO - PI - 08.08.19 2019

*Francisco das Chagas Corvalho Vieira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AGENCIA UNIAO
DATA: 03/07/2019 HORA: 11:03:25
TERMINAL: 42861007 CONTROLE: 428610070329

AGÊNCIA: 0003 - TAGuatinga, DF
CONTA : 013.20034483-0
CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS C VIEIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 107500.001426/2019-51

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

Data/Hora: 17/07/2019 - 15:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

RUA PADRE SIMPLÍCIO, N°:

Complemento

Bairro

CENTRO

Data/Hora

02/02/2019 - 23:10

Ponto de Referência

EM FRENTE O COMERCIAL MARIANO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3.438.533 SSPPI PI

Mãe: MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA

Pai: JOSÉ FERNANDES VIEIRA

Endereço: RUA TRAVESSA, N°

Bairro: CENTRO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9525-8901

08 AGO 2019
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 160 FAN ESDI

Ano: Placa: Chassi:

Condutor: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

RG: 3.438.533 Órgão: SSPPI UF RG: PI

Renavam: Cor:

01093705865 Prejudicada

End: RUA TRAVESSA Número: Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: CENTRO

Proprietário: ANTONIO FRANCISCO RODRIGUES DE JESUS

Cidade: UNIÃO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO VEIO NOTICIAR QUE NESTA DATA LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, DO DESTINO CENTRRO BAIRRO, E NO LOCAL ACIMA CITADO, AO DESVIAR DE VEICULO QUE ESTAVA ESTACIONADO, PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO, CAINDO E FICANDO LESIONADO COM UMA FRATURA NA COLUNA VERTEBRAL, QUE NO MOMENTO DA QUEDA FICOU SEM PODER SE MOVIMENTAR, E NÃO IDENTIFICANDO A PLACA DO REFERIDO VEICULO QUE ESTAVA ESTACIONADO, E SOCORRIDO POR TERCEIROS, E DANDO ENTRADO NO HOSPITAL JOSÉ DA ROCHA FURTADO DESTA CIDADE, E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL HUT EM TERESINA-PI, PASSANDO 09 DIAS INTERNADO, E TRANSFERIDO DO HUT PARA O HOSPITAL UNIVERSITARIO HU, EM TERESINA-PI E OPERADO, TENDO COMO TESTEMUNHA O SENHOR RONALDO DOS SANTOS VIEIRA, RG N° 3.467.811-PI, CPF N° 059.073.363-07, RESIDENTE NA RUA TRAVESSA ARÃO LOBÃO N° 281 NESTA CIDADE, E A SENHORA ANA CLÁUDIA DA COSTA BRITO, RG N° 1.956.940-PI, CPF N° 013.046.213-67, RESIDENTE NA RUA FERNANDO LOBÃO N° 486 NESTA CIDADE. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Vicente Oliveira De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco das Chagas Carvalho Vieira - Noticiante
Responsável pela Informação



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

1122 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 107500.001426/2019-51

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

039.785.793-85

Francisco das Chagas Corvalho Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo:

Francisco das Chagas Corvalho Vieira

6 - CPF:

039.785.793-85

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

511

10 - Complemento:

lavrador

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - E-mail:

18 - Tel. (DDD):

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR

R\$1.000 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0008

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

00034483

(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 Lider 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.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

AG 2019

DP

22 - 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma opção):

Não há IML que atende 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 Lider 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

Não

Vivos

Falecidos

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: União - RJ - 08.08.19

2019

*Francisco das Chagas Corvalho Vieira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AGENCIA UNIAO
DATA: 03/07/2019 HORA: 11:03:25
TERMINAL: 42861007 CONTROLE: 428610070329

AGÊNCIA: 0003 - TAGuatinga, DF
CONTA : 013.20034483-0
CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS C VIEIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (066) 3265 1116
CNPJ: 18.458.308/0001-93
E-mail: direcachospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:	SERVIDOR:	DATA: 02/07/19		HORA: 09:45
01. DADOS DO PACIENTE:				
NOME: <i>Antônio R. Viana Basílio</i>		DN: 11994	ID: 3	SEXO: M
NOME DA MÃE: <i>Maria das Graças Viana Basílio</i>				
CNS: 0000000000000000	RG: 3-492.323	CONTATO:		
ENDERECO: <i>Rua 10, Centro, Belo Horizonte</i>	CIDADE: <i>Belo Horizonte</i>		CEP: 31220-000	
BAIRRO: <i>Centro</i>	CIDADE: <i>Belo Horizonte</i>		UF: MG	
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:				
<input type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS				
02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.				
MOTIVO DA PROCURA:		TRAUMA	CLÍNICO	PEDIÁTRIA
VITAIS/FC:	PA:	SAT. 02:	T:	DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:
DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:				
OBSERVAÇÕES:				
VERMELHO <input type="checkbox"/>	LARANJA <input type="checkbox"/>	AMARELO <input type="checkbox"/>	VERDE <input type="checkbox"/>	AZUL <input type="checkbox"/>
HORÁRIO: ENFERMEIRO(A):		CONSELHO/REGISTRO: CONFERE COM O ORIGINAL		
03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO		DATA: 08/07/19		
<i>Residual - da vertigo</i>				
04. EXAMES COMPLEMENTARES <input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US				
05. DIAGNÓSTICO				
<i>J.F. 60 - 1000g C 180cm vulto 75 cm - 50 peso 60 kg - 180 cm fumante</i>				
<i>DPVAT</i>				
06. PRESCRIÇÃO MÉDICA				
<i>J.F. 60 - 1000g C 180cm vulto 75 cm - 50 peso 60 kg - 180 cm fumante</i>				
07. CONDUTA				
<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> EVASÃO		TRANSFERIDO PARA:	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE	
08. HORA/SAÍDA				
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO URGÊNCIA		PACIENTE:		
MÉDICO/CRM:		ENFERMEIRO(A)/COREN:		
<i>Dr. Valter Sá Lima</i> <i>CRM: 2068</i> <i>CPF: 078.703.502-26</i>		<i>ENFERMEIRO(A)</i> <i>COREN:</i>		



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Francisco das Chagas Carvalho Vieira** deu entrada neste hospital no dia 02 de fevereiro de 2019, às 23h40min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 04 de julho de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva
Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Deodoro 759 - Centro/Su - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.283-3
Nº da Fatura: Conta de Energia Eletrica - Série B-1
Regime especial de Impostos autorizado pelo SERAZ 06/98

Para contato
correios, informe
esse NÚMERO! → **SEU CÓDIGO** 1697152-3

Nº da Nota Fiscal 023761445
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DATA-MES → VENCIMENTO → CONSUMO (KWH) → TOTAL A PAGAR →
JUNHO/2019 04-07-2019 74 45,28

THALIA BRITO DE SOUSA
TV ARAO LOBÃO S/N B-URBANO
CPF: 000006962401302
CEP: 64.120-000 - UNIÃO

ROT: 119.070.19.17.276500

DADOS DA CONTA		DADOS DE LEITURA	
Atual:	572	Atual:	27/06/2019
Anterior:	498	Anterior:	28-05-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	29-07-2019
Consumo Médio:	74	Emissão:	26-06-2019
Consumo Faturado:	74	Apresentação:	27-06-2019

Forma de Pagamento: **ECAM** | Custo de Ingerulidade: 30 | Custo de Consumo: 30

DADOS DE INGRESSO - CONSUMO MÍDIA					
Classe/Subclasse	Uso/uso	Número Medidor	Posto	Código Ref.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A2184363			30

BEREIAO RAINHA					
Mêsano consumo	CONSUMO	30-A R\$ 0,287047 =	8,61		
MAR/19	90	44-A R\$ 0,492078 =	21,65		
ABR/19	115	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,91		
MAR/19	120	DIFERENCA DE TARIFA	30,42		
FEV/19	67	SUBVENCAO BAIXA RENDA	21,86		
JAN/19	106	CORRECÇÃO MONETARIA IG 04/19-00	0,69		
DEZ/18	0	MULTA POR ATRASO 04/19-00	1,30		
NOV/18	0	JUROS POR ATRASO 04/19-00	0,56		
DLT/18	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,03		
SET/18	0				
AGO/18	0				
TRIFIA SEM 22% DS:					
8-A 30 - 0,287047					
31-A 74 - 0,492078					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sobre a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir da 27-06-2019. O não pagamento pode resultar também a inclusão do nome do consumidor no sistema, caso tenha efetuado o pagamento (BEM) desconsiderar este item.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

**J CORRETORA
DE SEGUROS**

08 AGO 2019

DPVAT

RESERVADO AO FISCO → 2676-3334-01AT-FCC4-BD0E-F048-AB3D-3887-RS

Distribuidor:	12,77	Base de Cálculo:	60,68	47,33
Energia:	24,64	Alíquota ICMS:	22,00	
Transmissão:	4,16	Valor do ICMS:	5,34	
Encargos:	2,04	Valor do PIS:	1,40%	0,66
Tributos:	12,07	Valor do PIS:	1,40%	0,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DCT	DT	DMIC	DCR
Mês:	Trimestre:	Período:	Mês:	Mês:
1	1	1	1	1
7,27	14,53	29,06	3,66	7,35
Realizado:	8,00	8,00	8,00	8,00

UNIÃO 04/2019 21,57

ROT: 119.070.19.17.276500

equatorial
ENERGIA

cepsa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Deodoro 759 - Centro/Su - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.283-5

SEU CÓDIGO 1697152-3

TOTAL A PAGAR - R\$

45,28

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

04-07-2019

Nº da Nota Fiscal: 023761445

ECAM

83610000000 6 45280017000 6 00000001697 2 15230619008 2



SEQ.: 00209 UC: 1697152-3 DT.LEIT.: 27/06/2019 T.ENTR.: 02
LEITURA: 572 NORMAL TOTAL: 45,28 CARGA: 001
DT.VENC.: 04-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 7521

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central de Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. 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 Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Antônio da Silva Barros

inscrito (a) no CPF/CNPJ 496.923.053 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco dos Chagas Corvalho Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.785.793-85,

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Francisco dos Chagas Corvalho Vieira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.785.793 / 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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:	<u>Rua Caninde</u>	Número:	<u>44</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>união</u>	Estado:	<u>Piauí</u>	CEP:	<u>64.120.000</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	<u>(86) 99485-1210</u>

Local e Data: união - pi, 23 de Julho

Antônio da Silva Barros
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu ANTONIO FRANCISCO RODRIGUES DE JESUS

RG nº 657.708, data de expedição 29/04/2015

Órgão SSP-PIAUÍ, portador do CPF nº 354.117.323-87

com domicílio na cidade de UNIÃO, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA DA PEDREIRA, nº 362

complemento B-505 JUDAS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FRANCISCO DAS CHAGAS CORVILHO VIEIRA cujo o condutor era FRANCISCO DAS CHAGAS CORVILHO VIEIRA.

HONDA CG-160 FAN ESDI
Veículo: 2016 Modelo: 2016 Ano: 2015

Placa: PIE-3110 Chassi: 9C2KC2200GR11474 PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Data do Acidente: 02/02/2019 08 AGO 2019

Local e Data: UNIÃO-PI, 23 de junho de 2019

DPVAT

* Até 31/12/2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

COMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO-PI
Lucinete Oliveira Vieira
Escrivária Pública e Oficial do Registro
Civil e de Casamento



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobão, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64120-000
Tel/Cel: (86) 99493-9433 - CNPJ: 32.275.312/0001-00

Tabeliã: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO FRANCISCO RODRIGUES DE JESUS, DOU FE, EM TEST.
DA VERDADE. UNIÃO-PI, 10/07/2019. Valor: 13,85 Teto: 77
FIMP: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,99 Selo: ABR.17881 (F560P8)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA Tabelia Interina



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Francisco das Chagas Carvalho Vieira** deu entrada neste hospital no dia 02 de fevereiro de 2019, às 23h40min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 04 de julho de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva
Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.



Nome : FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Nº: 2184165

Médico : Dr(a). JOÃO ALFREDO BARROS PAZ

Exame : RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

LAUDO:

TÉCNICA:

-As imagens de ressonância magnética foram obtidas nas sequências sagital T1, sagital e axial T2 e sagital STIR.

ACHADOS:

Fratura com características agudas no corpo vertebral de L1, promovendo redução de sua altura em cerca de 15%, associada a discreta retropulsão do muro posterior, mais evidente à direita da linha média.

Fratura cominutiva do corpo vertebral de L2 com redução da altura desta vértebra em cerca de 40%, associada a edema da medular óssea e marcada retropulsão do muro posterior, que comprime a face ventral do saco tecal, reduzindo o diâmetro transverso do mesmo (mede 0,4 cm de diâmetro anteroposterior) promovendo agrupamento das raízes nervosas da cauda equina. Aparentemente não há lesão do ligamento longitudinal posterior.

Leve distensão líquida das interfacetárias de L2-L3 a L4-L5, mais evidente à esquerda.

Leve edema da medular óssea dos processos espinhosos de L1 e L2.

Hipersinal em STIR do ligamento interespinhoso de T12-L1 sugerindo injúria do mesmo.

Edema na tela subcutânea lombar.

Desidratação discal em L5-S1 onde existe pequena protrusão discal posterior e central que se insinua à gordura epidural com discutível contato com a raiz descendente esquerda de S1. Este componente discal também se insinua ao forame de conjugação deste lado, sem contato com a raiz emergente ipsilateral de L5.

Demais níveis sem sinal de protrusões discais.

continua ...



Nome : FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Nº: 2164165

Médico : Dr(a). JOÃO ALFREDO BARROS PAZ

Exame : RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

Clinica Lucídio Portella

O cone medular é tópico, no nível de T12-L1, apresentando calibre e intensidade de sinal normais.

Musculatura paravertebral sem alterações.

CONCLUSÃO:

Fraturas agudas dos corpos vertebrais de L1 e L2, com marcada retropulsão do muro posterior de L2, promovendo compressão sobre o saco tecal com estenose do canal vertebral e agrupamento das raízes nervosas da cauda equina.

Injúria ligamentar interespinhosa em T12-L1 e edema da medular óssea dos processos espinhosos de L1 e L2.

Distensão líquida das interfacetárias de L2-L3 a L4-L5.

Edema na tela subcutânea lombar.

Considerar a possibilidade de lesões traumáticas.




DR. LUCÍDIO PORTELLA NUNES FILHO
CRM 1690

Teresina / PI, 08 de fevereiro de 2019

cnpj 00.795.397/0001-55

rua são pedro, 2133

telefax: (86) 3221 3062

cep 64 001-260

e-mail: lucidioportella@uol.com.br

teresina-pi



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA**
Prontuário: **478341** Atendimento **973393**
Dt. Nasc.: **19/09/1991** Idade: **27a 8m 11d** Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **149802** Data Pedido: **15/05/2019**
Médico Solicitante: **MARCOS GONCALVES NUNES DE MORAES**
Setor Solicitante: **DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**
Unid. Internação / Leito: **/**
Convênio: **SUS - AMBULATORIO**
Cód. Procedimento: **02.06.01.002-8**

Data do Laudo: 22/05/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA LOMBO-SACRA

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais com espessura de 3 mm e intervalo de 3 mm, paralelos aos espaços discos de L3 - L4 a L5 - S1.

RELATÓRIO:

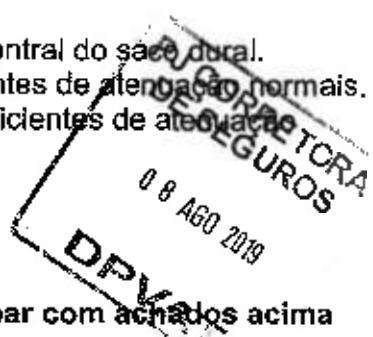
- Escoliose de convexidade direita.
- Controle evolutivo pós-operatório de artrodese cirúrgica de T12 a L4 com sinais de laminectomia bilateral nos níveis de L1, L2 e L3.
- Colapso do corpo vertebral de L2 com redução de sua altura maior em 50% e retro-pulsão do muro posterior.
- Abaulamento discal posterior no nível de L4/S1, tocando a face ventral do saco dural.
- Porção terminal da medula espinhal e cauda eqüina com coeficientes de atenuação normais.
- Estruturas das partes moles paravertebrais com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

CONCLUSÃO:

Controle evolutivo pós-operatório de artrodese da coluna lombar com achados acima descritos.

Colapso do corpo vertebral de L2 com redução de sua altura maior em 50% e retro-pulsão do muro posterior.

- Abaulamento discal posterior no nível de L4/S1, tocando a face ventral do saco dural.




HERBERT GALENO PRADO MENDES
3242

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

ID 478341

*19011991, M

Study 1

15/05/2019

08:11:38

1mA

H

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOMATOM Perspective

A



10cm

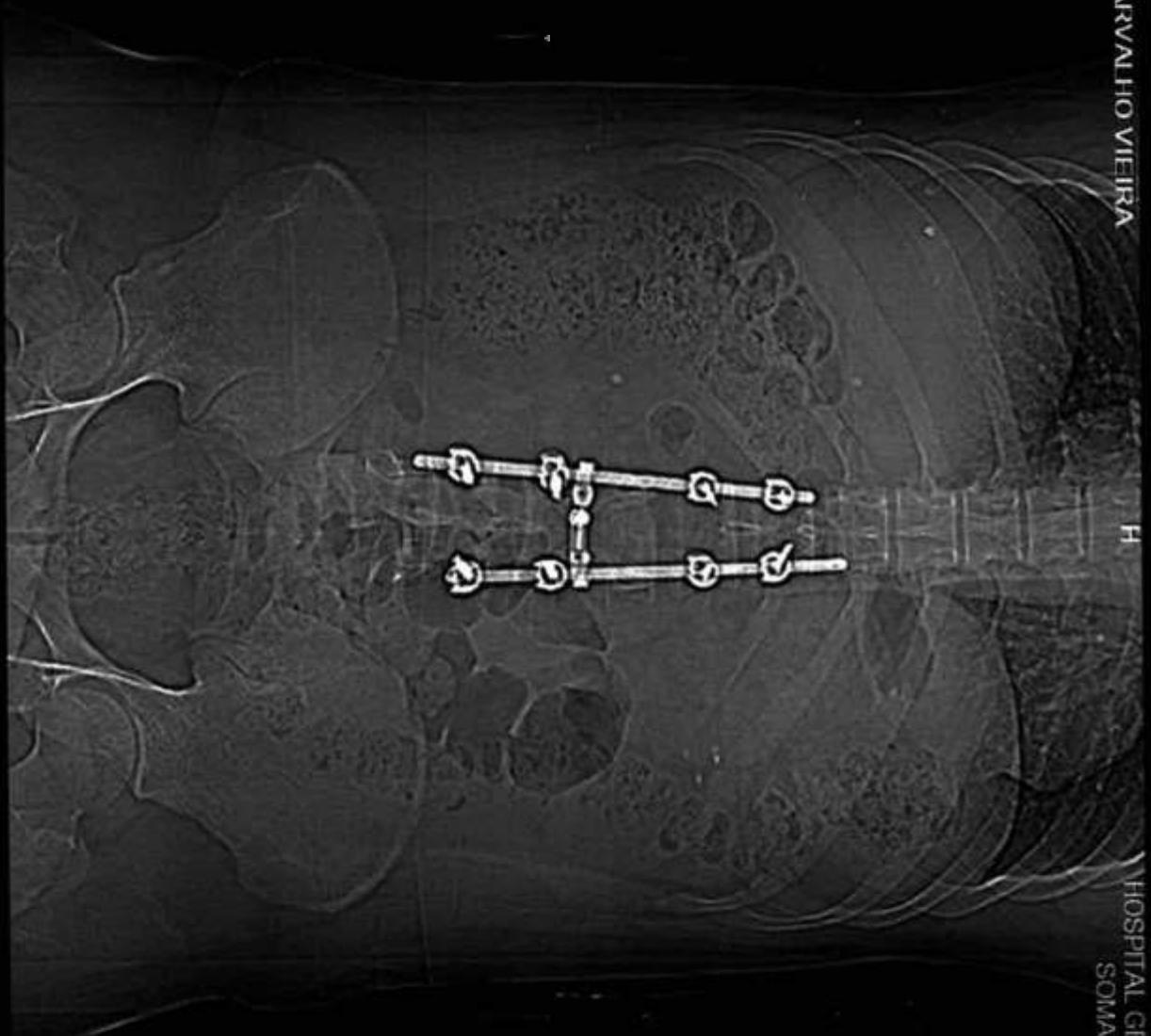
SL:0.6
mAS:619
kV:130
SP:914.5

W:350
C:50

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOMATOM Perspective

ID 478341
19041991 M
Study 1
15/05/2019
08:11:05
11MA



10cm

SL 0.6
mAs 6563
KV 130
SP 4434

W 350
C 50

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

ID 478341

19/01/1991, M

Study 1

15/05/2019

08:14:45

1IMA

A

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOMATOM Perspective

5cm

R



SL 1/p0 6/FpR 23
mAs 155
kV 130
SP 564 6

W 350
C 50

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

ID 478341
*19/01/1991, M

Study 1
15/05/2019
08:14:45
1 IMA

A



R

5cm

SL 1/p0.6/FpR 23
mAs 155
KV 130
SP 564.6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOMATOM Perspective

W: 1500
C: 450

Identificação do Paciente

Paciente: 308667 Prontuário: 0464960/4
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
Nome Mãe: MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA
Endereço: RUA ARAO LOBAO Cartão SUS: 206366131800005
Número: 1860 Complemento:
Bairro: SÃO PEDRO Telefone:
Cidade: UNIÃO
Data Nasc.: 19/09/1991 Idade: 27 Sexo: M UF: PI Cep: 64.120-000
Profissão: Cor: M Est. Civil: S
Naturalidade: COELHO NETO UF Nascimento: MA
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Cidade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Internação: 11/02/2019 18:04
CID Principal: S32.0 FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR
CID Secundário: Y98 CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
Procedimento: 408030038 ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORACICA POSTERIOR DOTS NIVEIS
Clínica: CIRÚRGICA Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0002 Leito: A Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: NEUROCIRURGIA

Carater de Internação: URGENCIA

Tabela: TABELA UNIFICADA Perí. SUS: 5 Dia(s)

Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: MAURICIO GIRALDI

CRM: 5261

CPF: 11958198897

Chefe da Equipe

NEUROCIRURGIA : ANDRE LUIZ PINHO SOBRAL

CRM: 3573

62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: ROSANA DA SILVA SANTOS

C. Ponto: 6 2002228

Observação

08 AGO 2019
DPM
PJ CORRET
DE SEGUR

SOLICITAR DOCUMENTOS PARA RECADASTRO

Histórico/Anamnese

Dados do Paciente

Referência: 19/02/2019

Especialidade/Agenda: NEUROCIRURGIA

Unidade: UTI CORONARIANA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO Nome Social:

Data de Nascimento: 19/09/1991 Nº do Cartão SUS: 20636613180005

Prontuário: 464960/4

Data Criação: 19/02/2019 14:19 Atendimento: 1098638 Nome do Responsável: ALICE TACIANA ALVES FERREIRA

Data Confirmação: 19/02/2019 14:23 CRM: 5261

13:20 - Pcte de 27 anos, admitido procedente do CC, em POI de artrodeses toraco-lombo-sacra 4 níveis após acidente motociclistico. Veio calmo, consciente, orientado. Normocorrido, hemodinamicamente estável, s/ DVA, respirando espontaneamente em AA, SPO2 100%. Dieta branda, VO. Diurese presente, via SVD. AVC em VSCD: PAI em RE. Segue aos cuidados da equipe multiprofissional.

Notas Adicionais:

Alice Taciana A. Ferreira
CRM-PI 5261
COREN-PI 129.776-ENF



1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: <i>co dos changes Correto Viana</i>	DATA DA ADMISSÃO: <i>11/02/19</i>	CLÍNICA/ENF/LEITO: <i>Nemoclinica</i>
DATA DE NASCIMENTO: <i>14/09/91</i>	IDADE: <i>27</i>	SEXO: <i>masculino</i>
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: <i></i>		ESTADO CIVIL: <i>Solteiro</i>
PROCEDÊNCIA: <i>HUT (8 DIH)</i>		RESIDÊNCIA: <i>Almas</i>
ESCOLARIDADE: <i></i>		COR(REFERIDA): <i>pardo</i>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Fratura de Vértebra lombar.</i>		

2. MOTIVO DA INTERNACAO/QUEIXAS PRINCIPAIS:

*Acidente de moto há 10 dias em viagem
desconforto, referindo dor.*

2.1. SINAIS VITAIS: P *130x88* T *35,4* P *79* GLIC *105* R PESO: *68* ALTURA: *1,80*
IMC: *20,9*

2.2. ESCALA DA DOR (1 a 10): *5* [0= sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa]

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: HAS DM Cardiopatias AVE-H AVE-I Nefropatias
Neoplasias Outros Especificar *Ningue*

ANTECEDENTES PESSOAIS: Doenças Crônicas: *Ningue*

Tratamentos Anteriores/Cirurgias: *Ningue*

Medicamentos em Uso: *Ningue*

ALERGIA: *Ningue*

PRÓTESES: Não Sim

HABITOS: Tabagismo *Ningue* Etilismo *Ningue* Outras Drogas, Qual?

EXAMES ANEXOS:

P.J. CORRETORA DE VACINA (Nenhum) Sim
DE SECUROS

08 AGO 2019

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: Ar ambiente Cateter nasal Macronebulização Máscara de Vento
Padrão respiratório: Eupnéico Bradipnéico Taquipnéico Ottopnéico Dispnéia Cheyne-Stokes
Tosse: Seca Produtiva [Aspecto da secreção] =

HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia =

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar =

DIETA: Jejum Via oral Parenteral SNG SNE Gastrostomia Ostomias Outros
 Náuseas Vômitos Hematêmese Sialorréia Pirose Inapetência Disfagia Dispepsia
ESTADO NUTRICIONAL:

ELIMINAÇÕES: DIURESE = Espontânea SVD Cistostomia Disúria Oligúria Anúria
 Poliúria Polaciúria Enurese Retenção Incontinência Proteinúria Glicosúria

ASPECTO DA URINA = Clara Concentrada Colúria Hematúria

EVACUAÇÕES = Normais Fezes pastosas Diarréia Melena Constipação há *10* dia(s)
 Colostomia Ileostomia Jejunostomia

SONO/REPOUSO: Satisfatório Insônia Agitação Usa Medicação, QUAL?

ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios Não Sim, Qual?

Astenia Mialgia

Atividade Motora = Deambula Deambula com Auxílio Não Deambula Usa Cadeira de Rodas

HIGIENE: Satisfatória Regular Insatisfatória

Cite

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUais e SOCIAIS

PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE RELIGIOSA/ESPIRITUAL Não Sim, Qual?

ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: Calmo Agitado Alegre Triste Ansioso Agressivo Medo

COMUNICAÇÃO: Receptivo ao Diálogo Não Receptivo ao Diálogo

INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: Não Sim, Cite

INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA não sim

LAZER: Não Sim, Qual?



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE Hospital Universitário	7 - CNES 3.285.391
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Hospital Universitário	4 - CNES 3.285.391

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 4649604														
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 206366131800005	8 - DATA DE NASCIMENTO 19/09/1991	9 - SEXO Masculino	10 - RACA / ODR Parda	11 - NOME DA MÃE MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA	12 - TELEFONE DE CONTATO	13 - NOME DO RESPONSÁVEL TALIA BRITO	14 - TELEFONE DE CONTATO (86) 9525-8901	15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) RUA ARAO LOBAO, 1860, SAO PEDRO	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2211100	18 - UF PI	19 - CEP 64120000	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA UNIÃO			
9 - SEXO Masculino	10 - RACA / ODR Parda														
11 - NOME DA MÃE MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA	12 - TELEFONE DE CONTATO														
13 - NOME DO RESPONSÁVEL TALIA BRITO	14 - TELEFONE DE CONTATO (86) 9525-8901														
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) RUA ARAO LOBAO, 1860, SAO PEDRO	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2211100	18 - UF PI	19 - CEP 64120000												
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA UNIÃO															

JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR LOMBAR E PARESIA EM MÍD APÓS QUEDA DE MOTO.
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO FRATURA DE L2. TRATAMENTO CIRÚRGICO.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES TC DE COLUNA LOMBAR - FRATURA DE L2.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL S32.0	24 - CID 10 PRINCIPAL S32.0 - Fratura de	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 ENCAIX ASSOCIADOS
-----------------------------------	---	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 04080300038						
29 - CLÍNICA Cirurgia	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 78053770325	33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA	34 - DATA DA 11/02/2019	35 - ASSINATURA E CARAMBOL (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 78053770325						
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA	34 - DATA DA 11/02/2019	35 - ASSINATURA E CARAMBOL (Nº REGISTRO DO CONSELHO)					
35 - ASSINATURA E CARAMBOL (Nº REGISTRO DO CONSELHO)							

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº BILHETE	41 - SÉRIE
37 - I - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	0	0
38 - I - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	43 - CNAC EMPRESA	44 - CBOR	

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> INDESPREGADO	<input type="checkbox"/> APÓSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO
---	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COD. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARAMBOL (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Thalia Brito de Souza

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL UNIVERSITARIO HU

CNES
5828856
CNES
3285391

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 206366131800005	NOME DO PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA	NASCIMENTO 14/09/1991	SEXO M	PRONTUÁRIO 4649604
DOCUMENTO	TELEFONE MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA	RESPONSÁVEL O MESMO		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO RUA TRAVESSA ARAO LOBAO			NUMERO / LOTE 1860
BAIRRO ALTO SÃO PEDRO	COMPLEMENTO 1221110 UNIAO	MUNICÍPIO		UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOOR LOMBAR E PARESIA EM MBD APÓS QUEDA DE MOTO.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA DE L2, TRATAMENTO CIRÚRGICO.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE COLUNA LOMBAR - FRATURA DE L2.

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10
SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S320 - FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408030038 - ARTRODESE CERVICAL CERVICOTORACICA POSTERIOR DOIS NIVEIS

LEITO/CLÍNICA

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

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO 11/02/2019	MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
URGÊNCIA	CPF: 78853770325	CRM:
DATA ADMISSÃO 11/02/2019 18:09	MOTIVO ALTA	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF CRM DATA ANALISE: CPF CRM DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 515831948	Nº REGULAÇÃO: 59752	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - ISG 3229-4321		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITARIO HU		
LEITO: NEUROCIRURGIA (MASCULINO)	PACIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA NASCIMENTO: 14/09/1991	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO QOM QUEIXA DE DOR LOMBAR, EM TC DE COLUNA EVIDENCIOU FRATURA EM L2 COM INDICATIVO CIRÚRGICO, // 08/02/2019; PACIENTE EVOLUI APRESENTANDO QUADRO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO DE MEMBROS INFERIORES, PACIENTE SEM COMORBIDADES. PA: 120 X 80 MMHG; FC: 75 BPM; EUPNEICO SEM APORTE DE O2; (DR: CLÉRISTON SILVA MOURA).

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

TC DE COLUNA

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 118x67(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 79bpm SATURAÇÃO: 98% FREQ. RESPIRATÓRIA: 18pm

GLICEMIA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 10/02/2019 19:01:32

José Ferreira Neto
Gerente Médico do Pronto Atendimento
CRM 1558
CPF 090.887.370-68

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 20/02/2019
 Especialidade/Agenda: NEUROCIRURGIA
 Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
 Data de Nascimento: 19/09/1991
 Prontuário: 484960/4

Leito: 1007J
 Unidade: UTI CORONARIANA
 Nome Social:
 Nº do Cartão SUS: 206366131800005

Data Criação: 20/02/2019 09:56 Atendimento 1098638 Nome do Responsável: KATIA CILENE GONCALVES
 Data Confirmação: 20/02/2019 10:07 DA SILVA
 COREN: 111157

Evolução:

19:50hs Evolui no 1º PO de Artrodese de Coluna T 12 - L1 e L3 - L4 secundária a fratura de L-2 por acidente automobilista. Consciente, movimenta os quatro segmentos, refere dor lombar. Respirando espontaneamente, sem aporte de O2, com boa SatO2, AP: MV+, sem RA. Afebril, normocárdico, normotensão. Dieta VO com boa aceitação, diurese por SVD com bom débito. Realizado banho no leito, sem intercorrências, referiu dor, feito medicação analgésica. FO com curativo limpo, feita a troca. Dreno de sucção com débito de 300ml após cirurgia, segue com 100 ml de sangue residual escuro. Ausência de LPs. Retirado acesso central em subclávia direita e punçionado acesso periférico em MSD. Retirada PAI e SVD, sem intercorrências. Recebeu alta da UTI.

Conduta
 Vide prescrição de enfermagem

Notas Adicionais


 Katia Cilene G. da Silva
 COREN-SP 111157

Notas Adicionais:

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 20/02/2019

Leito: 1007J

Especialidade/Agenda: NEUROCIRURGIA

Unidade: UTI CORONARIANA

Data Criação: 20/02/2019 08:35 Atendimento 1098638 Nome do Responsável: PERON RIBEIRO SOARES

Data Confirmação: 20/02/2019 08:44 CRM: 2673

Evolução:

PO ARTRODESE DE COLURA COLUNA T12-L1 E L3-L4 -19/02

#FRATURA L2 POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

PACIENTE EM 1º PO EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIA. QUEIXA DE DOR EM FO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO. EUPNEIO EM AR AMBIENTE. NORMOTENSO, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS. DIURESE POR SVD ADEQUADA. AFEBRIL. DIURESE ANTERIOR ESPONTÂNEA LIBERADO DIETA ORAL. ABDOME NORMAL

=====

ATB

CEFALOTINA PROFILÁTICA

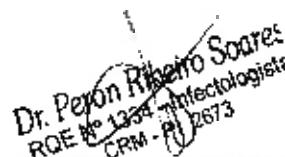
=====

CD

RETIRO SVD, PAI E ACESSO CENTRAL

ALTA DA UTI

Notas Adicionais:



Dr. Peron Ribeiro Soares
ROE N° 1354 - Infectologista
CRM - RJ 2673

Identificação

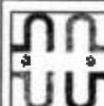
Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Prontuário: 464960/4



Hospital
Universitário

EVOLUÇÃO



EVOLUÇÃO

NOME

Fábio dos Chagas Cavallho

DATA DE NASCIMENTO

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

ENFERMARIA

1

LEITO D

22/02/19 - Fumante - maria

Paciente homem astuto, colaborativo, expressivo, em aq. em PO de estufa toraco-lombar, A.F.S.B 1/10, Spor 97, sem déficit motor/sensorial, manutenção atra. preserv., permanece em sedentário e controle de humor, aguardando laudos da TC p/ evolução p/ oftalmologia e densitometria. Conduta: Fumoterp2 história e suspeita.

Dr. Luciano Brito
Fisioterapeuta
CREFITO 14 77629-F

23/02/19 08:38:23 Paciente no 4080 p/ ORTOPEDICO. Peso: 75kg. Fumante (arrestado), farto, hiperhidose, hirsutismo. Hemorragia mucosa, ótico: SPM. Exames eletrofisiológicos: realizados e resultados em estudo. Fisio: Aperte Sustee operação. Enfermagem: auxiliar de Enfermagem: Marlene. Presente: Coordenador que certificou o resultado (Chamado). AUP MS-002

24.02.19 * às 10:40h - Paciente recebe alta hospitalar em BEG, consciente, orientado, fala, desambulando com auxílio. Realiza dc exame em PO dorsal limpa e seca. Entrega o cartão de alta e alta da enfermagem. Sylvia

Sylvia Helena B. P. Ferreira

Enfermeira

COREM: 184.932



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



EVOLUÇÃO

NOME

DATA DE NASCIMENTO

PRONTUARIO

CLÍNICA
Neuroci

ENFERMARIA

9

LEITO

o A

Anatomia das Pterídeas do Sertão

~~Entomera~~
02-1106289.P1

13.02.19 06h. Patem prog. urinária por Fract. L5. Convalescência
total fáscio. Suprimento Diet. 06. Efer. esp. Enc. 02d. Sint. efe-
pura prejudicado por dor. Sint. descomforto abdominal.
AT em MS6 (11.02) Ag. Tch. col. lombo-dorsal. Bimbalis
nervos p/ tandem. 100

19.02.19 08h. Pt. em prog. urinária por trat. ls. Conscient. orientada, fálico, expresso em aa. Aceita diete vc. Abre e repara prejuízos por dor. EF esp. evanescen. 013d. APF em. 11.02. Ag. Tcd col lombo-ana. Bimbo pl. Nada

1977-1984 Caribou Creek

EVOLUÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

NOME	<i>For das Chagas C. Viana</i>	Nº PRONTUÁRIO	<i>46496017</i>
	UTI GERAL	LEITO	<i>J</i>
DATA	<i>16/02/19 Tarde</i>		
	<p>Paciente 27 anos, admitido nessa UTI dia 13-02-19, paciente do ce em PO articulação da coluna lombar. Consciente, orientado, ev. obs.</p> <p>Sem queixas fonoaudiológicas relevantes, com queixas:</p> <p><i>braudas.</i></p>		
DATA	<i>16/02/19</i> <p><i>Infusão gfm 4</i></p> <p><i>16/02/19</i></p> <p><i>Desp. concorrente, excretado fecal, urinário, sem alterações notáveis no feto por exame de midriose e pupila normal no fundo de olho, curvatura lombar, nível motor funcional, feito 20m/24h. Praticou hidroterapia e exerce queixas, evocação auditiva que não fazem referência em região lombar.</i></p>		

Descrição Cirúrgica

folha 1/1

Unidade: BLOCO CIRURGICO

Data cirurgia: 19/02/2019

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
Idade: 27 anos 4 meses
Convênio: SUS

Prontuário: 0464960/4
Leito: 1007J

2. EQUIPE

Equipe: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
Cirurgião: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
Auxiliar: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

CRM: 3100
CRM: 3100
CRM: 3950

NEUROCIRURGIA

3. DIAGNÓSTICO

ASA: I

Pré-Operatório S32 FRATURA DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE
Pré-Operatório S32.0 FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR
Pós-Operatório S32 FRATURA DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE
Pós-Operatório S32.0 FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR

4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbididades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

5. CIRURGIAS REALIZADAS

Inicio: 19/02/2019 09:31 Fim: 19/02/2019 13:00 Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR QUATRO NIVEIS

LIMPA

Técnica Anestésica/Sedação: GERAL

Observação:

6. ACHADOS OPERATÓRIOS

FRATURA DE L2

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

7. DESCRIÇÃO

DECÚBITO VENTRAL

ASSEPSIA/ ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO MEDIANA

DISSECÇÃO DA MUSCULATURA PARAVERTEBRAL

COLOCAÇÃO DE 8 PARAFUSOS PEDICULARES EM T12, L1, L3 E L4.

COLOCAÇÃO DE 2 HASTES LONGITUDINAIS

COLOCAÇÃO DE 8 BLOQUEADORES

COLOCAÇÃO DE 1 CROSS-LINK

HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

LIMPEZA E CURATIVO

Dr. Marcilio Diogo de Oliveira Barbosa
CRM: 3100
Neurocirurgião
CRM: 3100

19/02/2019 13:13

Dr. MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA CRM 3100

Descrição Cirúrgica

Identificação

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Leito: 1007J

0464960/4



Paciente	Francisco das Chagas Carvalho Vieira	Prentuário									
Cirurgião	Dr. Marcos V. Melo	Diagnóstico	Fistula Ileal								
Procedimento	Abdominal Tia - Ly	Jejum	8h								
Idade	37	Peso	89	PA	120x70	FC	70	Neuro	EEG DS	ASA	2

Monitorização:

- (ECG) (SpO₂) (PANI) (EtCO₂) (BIS) (Analisador de gases) (TOF) (Temp)
 (PVC) Local _____ (PAI) Local radial D Cateter 20G (Fácil) (Difícil)

Acesso Venoso:

- (Periférico) Local MSF Jelco 20G Local _____ Jeleo _____ (Fácil) (Difícil)
 (Central) Local VSD Cateter 7F (Fácil) (Difícil) (Ultrassom)

Pré-Medicação:

- (Sedação) Agentes: _____
 (Cateter de O₂) (Venturi) (Máscara facial) (Guedel) (Cánula Nasofaringea)

Bloqueio de Neuroeixo

(Subaracnóideo)Posição (Sentado) (Decúbito Lateral)Punção (Mediana) (Paramediana)

Nível _____ Agulha _____

(Fácil) (Difícil) Tentativas _____

Drogas _____

(Peridural) Cateter (Sim) (Não)Posição (Sentado) (Decúbito Lateral)Punção (Mediana) (Paramediana)Técnica (Dogliotti) (Gutierrez)

Nível _____ Agulha _____

(Fácil) (Difícil) Tentativas _____

Drogas _____

Bloqueios Periféricos: (Axilar) (Interescalênico) (Supraclavicular) (Infraclavicular) (ESP)(Femoral) (Ciático) (Poplíteo) (Pentablockeo) (TAP) (Ileinguinal) (Peniano)(Intercostal) (Oftálmico): Outros: _____

Drogas: _____

Recursos: (Estimulador de nervo) (Ultrassom)

Anestesia Geral

(Venosa Total) (Inalatória) (Balanceada)Intubação: (Sim) (Não) (IOT Prévia)(Oral) (Nasal) Sonda 7.5 (com cuff)(Aramado) (Brônquico) _____(Cricotireotomia) (Traqueostomia) (Acordado)

Recursos:

(Laringoscopia direta) (Bougie)(Guia Rígido) (McCoy)(Estilete luminoso) (Videolaringoscópio)(Fibroscópio) () _____(Fácil) (Difícil) Tentativas 2 Cormack: 3A

Dispositivos Supraglóticos:

(Máscara Laringea) (Tubo laringeo) _____Indução: Sufentanil 40mcg + Propofol 160mcg +Cisatracurium 10mg + Etomidate 10mgManutenção: SelofluminaLipatracurium 800Sufentanil 10mcgVentilação: (Espontânea) (Assistida)(VCV) (VCP) (SIMV) (PSV)Pinsp: VC 500 FR 15 PEEP 10(Circular) (Semi-aberto) (Absorvedor de CO₂)Proteção Ocular: (Esparadrapo) (Micropore) (Tarsorraria) (Pomada) _____Torniquete: (Não) (Sim) Local _____ Início _____ Fim _____ Tempo _____(Sonda Vesical) (Sonda Nasogástrica) (Sonda Nasoenteral)

PACIENTE: Francisco dos M. Cavalcante Oliveira

PRONTUÁRIO: 46 H 91604 ORIGEM/LEITO: 2A.

DATA: 17/06/2017

PROCEDIMENTO AUTORIZADO: Autodescrição cirúrgica Tórax ELETIVO () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA PRECAUÇÃO: () NÃO () SIM: CONTATO GOTICULA AEROSÓISChecagem antes da indução anestésica Checagem antes da indução cirúrgica
Identificação (CHECK-IN) Confirmações (TIME-OUT)

CHEGADA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: 08:00

1. Pulseira de identificação.

PACIENTE/RESPONSÁVEL CONFIRMA:

2. Nome completo3. Procedimento programado4. Jejum preconizado - Tempo: 12 horas5. Lateralidade demarcada Não se aplica6. Retirada de órteses, próteses e adornos7. Vestimenta adequada8. Consentimento livre e esclarecido preenchido e assinado9. Avaliação pré-anestésica realizada e consentimento assinado Não se aplica10. Exames de imagem e laboratoriais disponíveis Não se aplica11. Alergia conhecida: NaoEnfermeiro/Téc. em Enfermagem: Equipe COREN: 60759

CONFIRMAR ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

12. Dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)13. Montagem da SO de acordo com o procedimento agendado14. Monitor multiparamétrico, mesa cirúrgica, foco e demais equipamentos necessários funcionantes15. Materiais e medicamentos para a anestesia disponíveis16. Via aérea difícil ou risco de aspiração? Não Não se aplica Sim e equipamentos para assistência disponíveis17. Instrumentais com embalagem íntegra e dentro do prazo de validade18. Instrumentais estéreis em condições ideais de uso19. Presença de integrador químico nas caixas estéreis (em caso de implantes) Não se aplica20. Necessidade de uso de manta/colchão térmicos Não se aplica21. Reserva de hemoderivados: CH(); PFC(); CP(); CRI(); TS() Não se aplica22. OPMEs solicitados disponíveis Não se aplica23. Vaga de UTI Não se aplica24. Lateralidade demarcada Não se aplica

HORÁRIO DE ENTRADA NA SALA N° (02): 08:05

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMAGEM CONFIRMAM
VERBALMENTE:25. Identificação do paciente, procedimento programado e sítio cirúrgico.26. Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função27. Placa de bisturi elétrico posicionada corretamente Não se aplica

Colocar símbolos abaixo para localização de:

Eletrodos: *

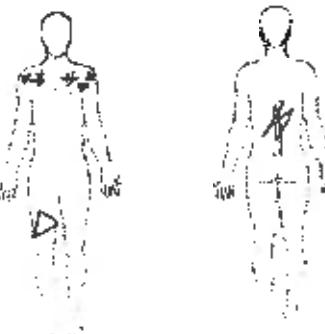
Placa de bisturi: A

Incisão cirúrgica: *

Garrote pneumático: III

Início do garroteamento: — : —

Término do garroteamento: — : —

28. Tricotomia Não se aplica29. Profilaxia antimicrobiana realizada nos últimos 60 minutos? Não se aplica ~~efaloloxina (8:30)~~30. Degermação: () PVPI () ClorexidinaAntissepsia: () PVPI () Clorexidina

HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA: 09:15

Danielle de Araújo Oliveira

TÉCNICO ENFERMAGÉRICO

COREME: 524.921

Circulante

HORÁRIO DO TÉRMINO DA CIRURGIA: 13:00

31. Confirmação verbal com equipe cirúrgica. Procedimento realizado: ~~Introdese toraco-bmbar 4mí~~

32. Contagem de compressas correta:

Entregues: 16 Recolhidas 16

33. Contagem de gazes correta:

Entregues: 50 Recolhidas 50

34. Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta:

Entregues: 104 Recolhidas 104

35. Contagem de perfurocortantes correta:

Entregues: 14 Recolhidas 1435. Congelação Não se aplica36. Peça(s) cirúrgica(s)/amostra(s) para anatomia patológica com identificação correta: Não se aplicaQuantidade de peça(s)/amostra(s):

Especificação da(s) peça(s) cirúrgicas/amostra(s):

38. Verificado se há problema com equipamentos para ser resolvido Não

39. O cirurgião, o anestesiologista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente

 Sim, cuidados gerais

Erica Melina B. de R. Costa

ENFERMEIRA

COREME: 248.521

Enfermeiro

Dr. Marcus Vinícius O. dos Santos

Neurocirurgião

Cirurgião

Auxiliar

Instrumentador

Cirurgião

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FOLHA DE ALTA – U.T.I.

Paciente: José Luiz dos Reis Magos Correia

Pront. 036.872.111

Diagnósticos: 1º DPO artrodese de coluna T32-L1 + L3-L4 secundária a fratura
L3-L4

Resumo de alta:

Jovem de 27 anos, submetido a artrodese de coluna T32-L1 + L3-L4
secundária a fratura L3 por acidente automobilístico. Estava em ótimo
desenvolvimento, astreto queimado, macacônico, afibril, respirando com
dificuldade, com ausência de dor por via oral, flegmônico, 45, com
grado de risco altíssimo. Reforço dos anelos operacionais, descompressão
de canais, dreno de sucção com dírito de 800 ml removido, sem
drenagem, sem uso de drogas vasoativas, com profilaxia para
infecção química; sem uso de cefazolina como profilaxia securipar (PSI)

Exames importantes:

Hb 13,3	Ng 2	Plaquetas 365.000
Plt 0,30	Hb 9,0	
PT 33,2	Teuco 33.940	
AT 9,3	Bifurcada 1,1. Eosinof.	

Medicamentos em uso	Nº dias	Medicamentos em uso	Nº dias
Cloridr. doxycyclina EV 813h	D/1		

Programação:

- Ligar dispositivos (acesso central e SVD)
- UVA na UTI
- Mobilização precoce

Data: 30/01/19

Assinatura e carimbo do médico

Dr. Renan Ribeiro Soárez
ROE N° 1344 - Infectologista
CRM - P - 2673



HU UFFP

Nº PRONTUÁRIO: 46496014

PROTOCOLO FONOaudiológico DE TRIAGEM À BEIRA DO LEITO
DISFAGIA – ADULTOS

IDENTIFICAÇÃO				
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA				
Idade: 27	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Data de Nascimento: 19/9/91		
Setor: POSTO 1	Leito: 2A			
ESPECIALIDADE				
<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Gastro	<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Cardiologia
<input type="checkbox"/> Vascular	<input type="checkbox"/> Onco-hematologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia
<input type="checkbox"/> Endócrino	<input checked="" type="checkbox"/> Outra	ORTOPEDIA		
MOTIVO DA INTERNAÇÃO				
FRACTURA DE VERTEBRA LOMBAR				
OUTRAS COMORBIDADES				
<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> ENCEFALOPATIA	<input type="checkbox"/> Cirrose	<input type="checkbox"/> Cirrose
<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> AVE Prévio	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input checked="" type="checkbox"/> Etilismo		
MECANISMOS DE PROTEÇÃO DE VIA AÉREA				
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Ambiente	<input type="checkbox"/> Cateter de O2	<input type="checkbox"/> Máscara de Venturi		
Possui alguma doença respiratória? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAL?			
Já teve pneumonia? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Apresenta sinais clínicos de aspiração? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Qual?	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Dispneia/esforço	<input type="checkbox"/> respiratório
Intubação Orotraqueal? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	TEMPO:			
Faz uso de ventilação mecânica <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Não invasiva: CPAP <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> Tempo:	Invasiva: Modo:	Tempo:		
Faz uso de traqueostomia? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> PLÁSTICA	<input type="checkbox"/> METÁLICA		
MANUTENÇÃO DA NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO				
Perdeu peso atualmente? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Reduziu a ingestão de líquidos? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Apresenta doença do refluxo esofágico? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Utiliza Via Alternativa de Alimentação? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Qual?			
ASPECTOS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS				
Apresenta alteração na dentição com alta influência na deglutição? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Apresenta anomalias estruturais orofaringolaringeas? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Apresenta dificuldades para mastigar? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Apresenta dificuldades para engolir? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Apresenta sensação de boca seca? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Sente o alimento parado na garganta? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Modificou a consistência na dieta? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Qual foi a modificação?			
Modificou o tempo de refeição? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Modificação:			
<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO FONOaudiológica				
CONDUTA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO NECESSITA DE AVALIAÇÃO FONOaudiológica			
	<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÕES FONOaudiológicas			
FONOaudióloga Responsável	 Maria M. S. Lima Batista FONOaudióloga CRFa-10260/PI			
	Data: 11/9/14			

AVALIAÇÃO DIÁRIA - UTI HU-UFPI

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: <u>José de Souza dos Chagas Cavalho Vieira</u>	IDADE: <u>27</u>	PESO PREDITO: <u>70</u>	PESO USUAL: <u>70</u>
LEITO: <u>5</u>	INTERNAÇÃO: <u>06/03/11</u>	DATA DA AVALIAÇÃO: <u>06/03/11</u>	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:	ESCALAS:		
<u>Fratura de coluna T8-L1 + L3-L4</u>	APACHE 2:		
<u>Fratura de L3</u>	SOFA:		
	NUTRIC:		
	SAPS 3:		

IMPRESSÃO CLÍNICA E EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO: BEG, dor lombo
PELE E ANEXOS: eritrativo, normocorrido, acianótico

SISTEMA OLFATÓRIO E GUSTATIVO: Nalteração VISUAL: N alteração
TÁTIL: Nalteração AUDITIVO: Nalteração

NEUROLÓGICO

RASS 5 GLASGOW 15 PUPILAS 100% atraídas
SEDAÇÃO: SEM COM - DROGAS (DOSE):

OBSERVAÇÃO:

RESPIRATÓRIO- <input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> VM - MODO: PEEP: _____ FIO2: _____ FR: _____ SatO2: _____ PaO ² / FIO ² <input type="checkbox"/> IOT (TUBO _____) <input type="checkbox"/> TQT (CÂNUA: _____)
PADRÃO: <u>respiração</u> SUPORTE 02: AUSCULTA: <u>RRF NMF SRA</u>	

CARDIOVASCULAR

AUSCULTA: <u>RRF RR 25/5</u> PAM: <u>60 - 80</u> PAS: <u>87 - 122</u> FC: <u>90 - 120</u> PAD: <u>44 - 60</u> DUTROS:	<input type="checkbox"/> DVA: <input type="checkbox"/> ANTI-HIPERTENSIVO: OUTRAS DROGADAS
--	---

TRATO GASTROINTESTINAL
NUTRIÇÃO: ZERO ORAL ENTERAL PARENTERAL

CALORIAS: _____ PROTEÍNAS: _____
VÓMITOS: EVACUAÇÕES: DÉBITO POR SONDA: _____
ABDOME: leve, suspeita de indolores, RHA +

TRATO GENITO-URINÁRIO
DIURESE: FRALDA SVD VOL: 800 BH: +1460 ASPECTO DA URINA: concentrada

Jr: 43 Cr: 0.86 ClCr: _____

DIÁLISE: NÃO SIM - DATA DA ÚLTIMA DIÁLISE: / /

DRC? NÃO SIM

DIURÉTICO? NÃO SIM: _____

ERÍNEO: _____

ENDÓCRINO-METABÓLICO

DM? NÃO SIM CONTROLE GLICÉMICO: 162 - 248 - 372 - 352

HIPOGLICEMIANTE: NÃO SIM: _____

INSULINA: NÃO SIM: _____

Na: 134 K: 4.3 Ca: _____ Mg: 2

GASOMETRIA: _____

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Das Chagas Carvalho Vieira
Idade: 27 anos 5 meses
Data internação: 11/02/2019
Convênio: Sus
Equipe responsável: Mauricio Giraldi

Sexo: Masculino
Data Alta: 24/02/2019

Prontuário: 464960/4
Leito: 0001D
Permanência: 13 dias

Divisão de Gestão do Cuidado

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
Fratura da coluna lombar e da pelve (S32)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura da coluna lombar e da pelve (S32)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÉUTICOS

Outros procedimentos
19/02/2019 Fisioterapia Respiratória
19/02/2019 Fisioterapia Motora

4. EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO A ARTRODESE LOMBAR EVOLUINDO COM MELHORA CLÍNICA PÓS-OPERATÓRIA
CD: AO AMBULATÓRIO
RETIRAR PONTOS DE FERIDA OPERATÓRIA 14 DIAS APÓS A CIRURGIA

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital

Medicamentos Prescritos na Alta
NAPROXENO 500.0 MG -- 1 CX -- Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

24/02/2019, 09:05 h.

Dr. ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA CRM 5516

Dr. Elton
SANTOS BEZERRA
CRM 5516

Hospital
Provençal

Identificação

Francisco Das Chagas Carvalho Vieira

Leito: 0001D

464960/4

AUTORIZAÇÃO: 515831948	Nº REGULAÇÃO: 59752	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86) 3229-4321		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITARIO HU		
LEITO: NEUROCRURGIA (MASCULINO)		
PACIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA		NASCIMENTO: 14/09/1991

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DOR LOMBAR. EM TC DE COLUNA EVIDENCIOU FRATURA EM L2 COM INDICATIVO CIRÚRGICO. // 08/02/2019: PACIENTE EVOLUI APRESENTANDO QUADRO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO DE MEMBROS INFERIORES, PACIENTE SEM COMORBIDADES. PA: 120 X 80 MMHG; FC: 75 BPM; EUPNEICO SEM APORTE DE O2. (DRº CLERISTON SILVA MOURA).

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

TC DE COLUNA

EXAMES SOLICITADOS:

AGNÓSTICO(CID): FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 118x67(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 79bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 18pm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 10/02/2019 19:01:32

Elcio Ferreira Neto
Gerente Médico do Pronto Atendimento
CRM 1558
CPF 090.887.373-88

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Paciente:FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
Nascimento:14/09/1991

Motivo do Chamado:

TRANSFERENCIA INTERHOSPITALAR

Estabelecimento de Origem:HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA
- HUT**Estabelecimento de Destino:**

HOSPITAL UNIVERSITARIO HU

Verificação do Estabelecimento de Destino:**Viatura:****Data/Hora Programada:**

Solicitação de Regulação

Todos os campos marcados com * são obrigatórios.

ID: 59752

Situação: EM ANÁLISE

Autorização:

P.07

Cug 232

Cug - Michelle.

Tipo: Transferência Interhospitalar

Verificação do Estab. Exec.

Usuário Responsável

Estabelecimento Solicitante: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RÓCHA - HUT

Profissional Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Nascimento: 14/09/1991 27 ano(s) Sexo: M Cartão SUS: 266366131800005

Mãe: MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA Telefone: Telefone2:

Endereço: Endereço: N°:

Bairro: Bairro: MUNICÍPIO: UMAO UF: PI

Dados Clínicos

História Clínica:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO QOM QUEIXA DE DOR LÓMBAR. EM TC DE COLUNA EVIDENCIOU FRATURA EM L2 COM INDICATIVO CIRÚRGICO.

Observação:

PACIENTE INTENADO NO HUT PARA SER TRANSFERIDO PARA O HU (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO) PARA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO INDICADO PARA O PACIENTE.

Prova Diagnóstica:

TC DE COLUNA

Exames Solicitados:

Diagnóstico (CID):

FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR

5300

Pressão Arterial:

118 X 67 (mmHg)

Saturação:

98

%

Freq. Cardíaca:

78

(lpm)

Freq. Res:

Glicemia:

(mg/dL)

Nível de Considência:

15

Usa de O2:

Selecionar

Comorbidade:

Alergia:

Risco de Queda:

Risco de Broncoaspiração:

Risco de Úlcera de Pressão:

Prescrição:

É importante que seja anexada a última prescrição e os exames realizados para melhor continuidade do tratamento.

Uso de Drogas Vasoativa:

 Sim Não

Uso de Antibiótico:

 Sim Não

Outras Medicações:

 Sim Não

Descrição:

Especialidade Requerida:

NEUROCIRURGIA (MASCULINO)

Classificação de risco:

Muito Urgente

Situações anteriores:

06/02/2019 09:40:46 - Usuário: ALLINE REBOUCAS MACEO
 Situação: EM ANÁLISE
 Tipo: Transferência Interhospitalar
 Estabelecimento de Destino: NÃO DEFINIDO
 Verificação de Estab. Exec.:
 Classificação de Risco: Muito Urgente
 DADOS CLÍNICOS:
 História clínica: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO QOM QUEIXA DE DOR LÓMBAR. EM TC DE

Usuário Cadastro:

ALLINE REBOUCAS MACEO

Usuário Cadastro Telefone: (86)9999-09036

Data Cadastro:

06/02/2019 09:40:46

Usuário Resposta:

Data Resposta:

HEMATOLÓGICO

ANGRAMENTO: NÃO SIM - SÍTIO:

Pb: 11.5 Ht: Leuco: 1394D Diferencial: 17% Plaquetas: 365.000

AP/INR: TTPA:

osteomuscular e articular:

INFECTO-PARASITÁRIO

INFECÇÃO: NÃO SIM - FOCO:EBRE: NÃO SIM - PADRÃO:

ULTURAS (DATA/GERME/MEIO):

ANTIBIÓTICO: ciprofloxacin 500 mg EV 8/8h D1

ANTIFUNGICO:

OUTROS:

REVISÃO DE TUBOS E DRENOS: drenos torácicos 300 ml (mucosos)

ACESSO VENOSO CENTRAL: cateterismo D

ONDA VESICAL DE DEMORA: +

OUTROS:

RESCRIÇÃO

NALGESIA: NÃO SIM: dipirona 2 amp IV 6/6h; morfina 10 mg EV 4/4hROFILAXIAS: ÚLCERA GÁSTRICA: omeprazol 30 mg IV ÚLCERA DE DÉCUBITO: TROMBOEMBOLISMO VENOSO: ANTIAGREGAÇÃO: ÚLCERA DE CÓRNEA:

UTRAS DROGAS RELEVANTES:

OUTROS EXAMES:

PARECERES

PLANO TERAPÉUTICO

RESIDENTE/INTERNO:

PLANTONISTA:

DIARISTA:

05/04/10

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

REGISTRO
GERAL

3.438.533

DATA DE
EMISSÃO

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

PLAÇA

MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA

NOME

NATURALIDADE:

COELHO NETO-MA

DOC. ORGUFM

CERT. NASC. 49619 L A95 F 56V

CPF/EXP UNIÃO-PI: 16/03/94

PRESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO

19/09/1991

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Francisco das chagas Carvalho Vieira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
059.785.793-85

Nome

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Nascimento
19/09/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 AGO 2019
DPVAT

CÓDIGO DE CONTROLE
978FA94B.28F1.30FF

A autenticidade deste comprovante deve ser
verificada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido p/ o
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Em: 09:52:51 do dia: 09/05/2018 (hora e data de emissão)
digito verif. emit.: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.327.176	DATA DE EXPEDIÇÃO	11/09/13
NAME	ANTONIO DA SILVA BARROS		
FILIAÇÃO	MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS JOÃO MENEZES BARROS		
NATURALIDADE	UNIÃO-PI		
DOC. ORIGEM	27/07/1973		
CERT. NASC. 1402 L 42 F 252	EXP UNIÃO-PI 208/08/05	TERESINA-PI	496 923 053-68
LEI N° 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




Antonio da Silva Barros
ASSINATURA DO TITULAR
0260026

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190469569**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

TV ARAO LOBAO, s/n - URBANO - União - PI - CEP 64120-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3438533**

Data e local do acidente: [**02/02/2019**] **RUA PADRE SIMPLISCIANO ,UNIAO -PIAUI**

Data e local do exame: [**21/08/2019**] **Teresina [PI]**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE L1 ,L2

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

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/02/2019,COM HD DE FRATURA DE L1 ,L2 ,EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR

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

[**X**] Sim [] Não

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

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/02/2019,COM HD DE FRATURA DE L1 ,L2;FEITO TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DE FRATURA DE L1+ L2 ,EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR;JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

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

[**X**] Sim [] Não

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

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR,F DE 30 , E DE 15, INCLINAÇÃO DE 35,ROTAÇÃO DE 40 GRAUS ,COM PERDA DE 50 %

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

COLUNA LOMBAR

% 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
a valoração do dano corporal.

***EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR,F DE 30 , E DE 15, INCLINAÇÃO DE 35,ROTAÇÃO DE 40 GRAUS
,COM PERDA DE 50 %***



Edmar de Souza Lima Junior - CRM: 2313 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469569 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
CARVALHO VIEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE L1 ,L2

Descrição do exame EF: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR, FLEXÃO DE 30, EXTENSÃO DE 15, INCLINAÇÃO DE 35, ROTAÇÃO FÍSICO: DE 40 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/02/2019, COM HD DE FRATURA DE L1 ,L2; FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE FRATURA DE L1 + L2; JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna lombar

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469569 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
CARVALHO VIEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(ARTRODESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

ORTORGANTE:

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
RG: 3.438.533 Órgão Emissor SSP-PI CPF 059.785.793-85
- Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil SOLTEIRO profissão LAVRADOR
- Endereço: TV. ARÁO LOBÃO Nº 51 N
- Bairro: URBANO Cep: 64.120-000 Cidade/UF: UNIÃO-PI
Telefone: (86) 9 9525-8201 . (86) 9 9566-2659 . ()

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
RG: 1.327.176 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 496.923.053-68
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil SOLTEIRO profissão Autônomo
Endereço: RUA CANINDE Nº 464
Bairro: CENTRO Cep: 64.120-000 Cidade/UF: UNIÃO-PI
Telefone: (86) 9 9485-1210 . () . ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgante poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, enfim de requerer indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vitima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
CPF: 059.785.793-85 Data do Acidente: 02/02/2019
Cobertura Solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte



UNIÃO-PI, 23 de Julho de 2019
Local e Data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT

* Francisco das chagas Vieira
Assinatura do outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

COMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO
Lucinete Oliveira Vieira
Escrivã Pública e Oficial do Registro Civil e de Casamento



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 350 - Centro - União-PI - CEP: 64120-000
Tel/Cel: (86) 99493-9893 - CNPJ: 32.267.720/0001-00

Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA. DOL. FE. EM TESTE DA VERDADE. UNIÃO-PI, 10/07/2019. Emol.: 3,85 TJU.77 FIMP: 0,10 Selado: 26 Total: 4,98 Selos: ABR.17882 (F548/22)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA-Tabelia Interina

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270689/19

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

CPF: 059.785.793-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO DA SILVA BARROS : 496.923.053-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA : 059.785.793-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO DA SILVA BARROS

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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: 28/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00008

CONTA: 000000034483-0

Nr. da Autenticação 6DD27C1F272DA60C