

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
E AUTOMOBILISMO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1654719689

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654719689

NOME
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / CNP. EMISSOR
1302741 SEP PI

CPF
514.721.553-00

DATA NASCIMENTO
19/01/1972

PRACÇÃO
FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. DIR.
A

IP. REGISTRO
03908539648

VALIDADE
03/09/2023

EMISSÃO
11/09/2006

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Marcilio Ribeiro de Oliveira

LOCAL
CAMPO MAIOR, PI

DATA DE EMISSÃO
11/09/2019

10746535005
PI320658764

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

DEPARTAMENTO
DE SEGUROS
28 AGO 2019
D. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
E AUTOMOBILISMO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1654719689

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654719689

NOME
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / CNP. EMISSOR
1302741 SEP PI

CPF
514.721.553-00

DATA NASCIMENTO
19/01/1972

PRACÇÃO
FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. DIR.
A

IP. REGISTRO
03908539648

VALIDADE
03/09/2023

EMISSÃO
11/09/2006

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Marcilio Ribeiro de Oliveira

LOCAL
CAMPO MAIOR, PI

DATA DE EMISSÃO
11/09/2019

10746535005
PI320658764

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

DEPARTAMENTO
DE SEGUROS
28 AGO 2019
D. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 JOSE DE SAACEDO MORAES

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSORA
 2724200 SSP PI

CPF
 048.056.943-60

DATA NASCIMENTO
 12/04/1990

FULCRO
 ANTONIO FRANCISCO
 MORAES
 AMA CELIA DE MACEDO
 MORAES

NÚMERO
 03983348911

VIGÊNCIA
 20/04/2020

VALIDADE
 20/07/2010

OBSERVAÇÃO

JOSE DE SAACEDO MORAES

LOCAL
 CAMPO ALEGRE

DATA DE EMISSÃO
 24/04/2015

10051773847
 PI315542144

DETRAN PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1087240743

PROTEÇÃO PLASTIFICAR
 1087240743

CORRETORA
 DE SEGUROS

28 AGO 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503488 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO II,III E IV METATARSOS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K-PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503488 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO II,III E IV METATARSOS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K-PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA
RG: 3302742 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 514.721.553-00
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: LAURADOR
Endereço: RUA JISA CHILLO CACTAND Nº 372
Bairro: CENTRO Cep: 64.275-000 Cidade/UF: JATUBA DO PIAUI
Telefone: (86) 98450 1584 () ()

OUTORGADO:

Nome: JOSE DE MALEDO MORAES
RG: 2.724.200 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 048.056.943-60
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: AUTONOMO
Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANT Nº 852
Bairro: CENTRO Cep: 64.280-000 Cidade/UF: CAMPO MAIOR-PI
Telefone: (86) 98450 3338 () ()

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 outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

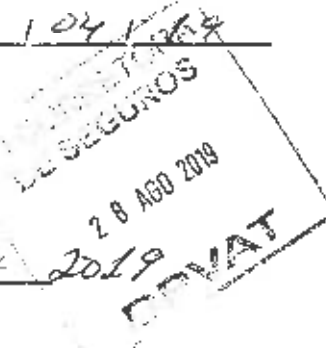
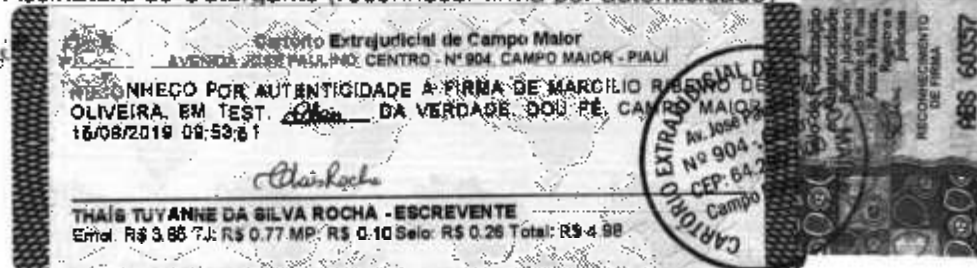
Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA
CPF: 514.721.553-00 Data do Acidente: 19/04/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

CAMPO MAIOR-PI 19 DE AGOSTO DE 2019
Local e data



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
DE CAMPO MAIOR-PI
Thaís Tuiyane da Silva Rocha
Escritor

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296735/19

Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 514.721.553-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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 médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE DE MACEDO MORAES : 048.056.943-60

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

MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA : 514.721.553-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: JOSE DE MACEDO MORAES
CPF: 048.056.943-60

JOSE DE MACEDO MORAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

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: 11/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00232

CONTA: 000000006879-2

Nr. da Autenticação 96947F516FB1A265

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503488

Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000232

Conta: 000006879-2

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, retorne 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



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503488

Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 514.721.553-00 4 - Nome completo da vítima: Marcilio Ribeiro de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marcilio Ribeiro de Oliveira 6 - CPF: 514.721.553-00
7 - Profissão: Curador 8 - Endereço: Rua Vitoriano de Castro 9 - Número: 372 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jateba do Leste 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 64745-000
15 - E-mail: (86) 98150-1581

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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 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: 0232 CONTA: 6879 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da lesão permanente decorrente 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) ☐ Divorçado ☐ 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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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 - 1ª | Nome: Antonio Wilson Pereira CPF: 005.142.723-29

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Antonio Francisco de Jesus Oliveira CPF: 022.929.503-46

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 28/08/18

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000047/2019-38

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Sara Uchoa Barros

Data/Hora: 15/08/2019 - 10:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Endereço

RUA VIGIA CHICO CAETANO, Nº:

Complemento

RUA VIGIA CHICO CAETANO

Data/Hora

19/04/2019 - 23:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PRÓXIMO À RESIDÊNCIA DO SENHOR RAIMUN

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

RG: 1302741 PI

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VIGIA CHICO CAETANO, Nº 372

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG150 FAN ESDI

2015 PIF3067

9C2KC1680FR508435

01020647512

Vermelha

Condutor: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

RG: 1302741 Órgão: UF RG: PI

End: RUA VIGIA CHICO CAETANO Número: 372 Complemento:

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCISCO CELESTINO DA SILVA

Cidade: CAMPO MAIOR UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE "NO DIA 19 DE ABRIL DE 2019 POR VOLTA DAS 23:00 HORAS QUANDO O NOTICIANTE TRAFEGAVA NA RUA VIGIA CHICO CAETANO, CENTRO, JATOBÁ DO PIAUÍ CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA E QUE JÁ PRÓXIMO À SUA RESIDÊNCIA FOI SURPREENDIDO POR A INVASÃO DE UM CACHORRO E QUE O NOTICIANTE AO TENTAR DESVIAR DO MESMO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR ;QUE DO ACIDENTE O NOTICIANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURAS EXPOSTAS NO PÉ ESQUERDO; DE ACORDO MOSTRA CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO APRESENTADO, QUE DO LOCAL DO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM LOGO APÓS O ACIDENTE E LEVADO PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI, ONDE O MESMO DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL; FOI ATENDIDO POR O DR. ELENILSON LAGES CRM-PI 4121 E TRANSFERIDO COM CARÁCTER DE URGÊNCIA PARA O HUT EM TERESINA-PI PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS; QUE POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Sara Uchoa Barros - Mat.
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

Sara Uchoa Barros

TAAPC

Mat. 039914-X

Marcilio Ribeiro de Oliveira
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 514.721.553-00 4 - Nome completo da vítima: Marcilio Ribeiro de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marcilio Ribeiro de Oliveira 6 - CPF: 514.721.553-00
7 - Profissão: Curador 8 - Endereço: Rua Vitoriano de Castro 9 - Número: 372 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jateba do Leste 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 64745-000
15 - E-mail: (86) 98150-1581

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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 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: 0232 CONTA: 6879

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da lesão permanente decorrente 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) ☐ Divorçado ☐ 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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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 o rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: Antonio Wilson Pereira CPF: 005.142.723-29

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Antonio Francisco de Jesus Oliveira CPF: 022.929.503-46

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Terreiros, 11/08/2018
Marcilio Ribeiro de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: - RG: - SUS: 898002979707882

Nasc.: 13/01/1972 Idade: 47 ANOS, 3 MESES, 6

Telefone: (86) 9815-04738

Civil:

CEP: 64275

End.: R-VIGIA CHICO CAETANO, 372 -

Bairro: CENTRO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ/PI

IBGE: 2205276 Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Pai:

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 4121 - ELENILSON TORRES LAGES

Responsável: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 120 x 80

GC - 156

Procedimentos

19/04/2019 23:47 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipótese Diagnóstica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditário:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos e exames realizados:

INSTITUTO
DE SEGUROS

28 AGO 2019

Ass. Técnico

3) D. PIPKON (500g/4L) Zamplos + 1 can L

AD, Er lento

4) Cr. 6 Er. 1g 2 Zamplos

+ 8uL AD, Er lento

5) AFO, 5% - 500uL Er não

6) AFO, 5% - 500uL Er + 35gts/men

Fratura de III e IV pat. tor

Silviane Ferreira Ribeiro de Oliveira



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
AV. MARANHÃO, 759 - CENTRO SUL - TERESINA
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitida conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL NF: 26.128.568

SILDIANE FERREIRA RUBIM
R. VIGIA CHICO CAETANO, 372 - 372
B-URBANO

84275-000 JATUBA DO PIAUÍ

PI

CÓDIGO ÚNICO 153682-1	MÊS AGO/2019	PERÍODO DE CONSUMO 19/7/2019 a 20/8/2019
CONSUMO (kWh) 55	VENCIMENTO 27/08/2019	TOTAL A PAGAR 33,04

OBSERVAÇÕES

- Esta impressão destina-se exclusivamente para pagamento e não é cobrada
- Atraso no pagamento será cobrado em conta futura com multa de 2,00% e juros de mora de 0,03% ao dia e correção monetária pelo Índice IGP-M
- Ligação gratuita: 0800-086-0800

autenticação mecânica

recorte aqui

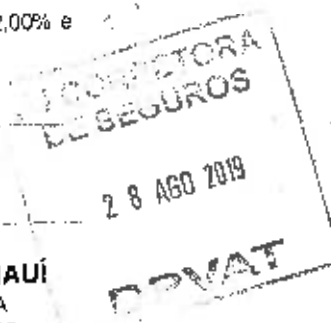


Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
AV. MARANHÃO, 759 - CENTRO SUL - TERESINA
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

CÓDIGO ÚNICO 153682-1	MÊS AGO/2019	TOTAL A PAGAR 33,04
---------------------------------	------------------------	-------------------------------

836600000001.330400170008.000000001537.662108190056



equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 789 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-00 | Ins. Estadual: 19.301.383-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - série 6-1
Regime especial de impressão autorizada pela SDAZ 04/98

Para contato
consumo, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

018396071

Nº da Nota Fiscal

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

CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
238	220,77

LEANDRO PAIXÃO TORRES

R. BENJAMIN CONSTANT 852 CENTRO

CENTRO

CNPJ: 000000000000000000 IE: 1453887

CEP: 64.000-000 - CAUPE MAIOR

Atual:	42435	Atual:	13/03/2019
Anterior:	42107	Anterior:	11-02-2019
Cobertura de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11-04-2019
Consumo Medido:	238	Encerrado:	12-03-2019
Consumo Retornado:		Apresentação:	13-03-2019
Forma de Faturamento:		Data de Consumo:	13-03-2019

Grupo/Classe	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Res.	Módulo V1 med
000000000000000000					

Máximo consumo

FEV/19	245
JAN/19	212
DEZ/18	221
NOV/18	321
OUT/18	704
SET/18	1601
AGO/18	1175
JUL/18	91
JUN/18	638
MAI/18	436

CONSUMO 238 A R\$ 0,927609 = 220,77
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 39,04
MULTA POR ATRASO 01/19-00 3,93
JUROS POR ATRASO 01/19-00 1,63

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 239 - 0,62368

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 AGO 2019
DPVAT

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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, ABERIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

José de Macedo Moraes

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcelo Ribeiro de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 54.721.553 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Marcelo Ribeiro de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 54.721.553 / 00, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Benjamin Constant

Número: 852

Complemento: _____

Bairro: Centro

Cidade: Campo Maior

Estado: Piauí

CEP: 64.280-000

E-mail: _____

Tel (DDD): (86) 48150-3338

Local e Data:

Campo Maior (PI) 23.08.2019

José de Macedo Moraes
Assinatura do Declarante

COMPETÊNCIA
DE SEGUROS

28 AGO 2019

DPVAT

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, FRANCISCO CELESTINO DA SILVA

RG nº 368167100, data de expedição 16/08/18,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 938.088.953-49,

com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR - PI, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA VISTA, nº 213,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MARILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era

MARILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG150 FAN ESD1 Ano: 2014/2015

Placa: PIF-3067 Chassi: 9C2KC1680FR508435

Data do Acidente: 19/04/19

28 AGO 2019

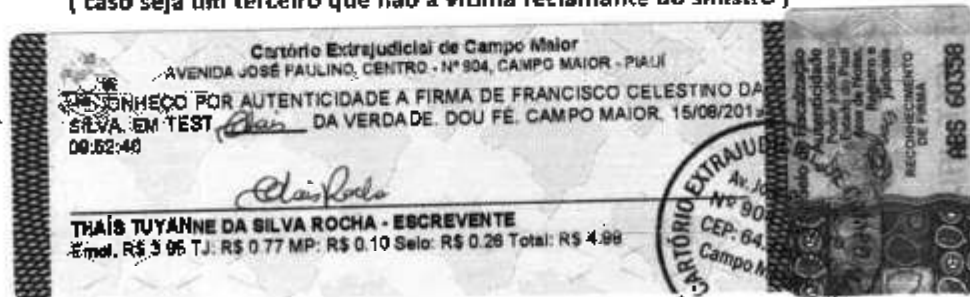
Local e Data: CAMPO MAIOR - PI, 15 DE AGOSTO DE 2019

Francisco Celestino da Silva

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
DE CAMPO MAIOR-PI
Thais Tuiyanna da Silva Rocha
Escritora



MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Nasc.: 13/01/1972 Idade: 47 ANOS, 3 MESES, 6 Telefone: (86) 9815-04738 Civil: CEP: 64275

End.: R-VIGIA CHICO CAETANO, 372 -

Bairro: CENTRO

Cidade: JATOBA DO PIAUI/PI

IBGE: 2205276 Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Pai:

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 4121 - ELENILSON TORRES LAGES

Responsavel: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 120 x 80

GC - 156

Procedimentos

19/04/2019 23:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipotese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos e exames realizados:

INSTITUIÇÃO DE SEGUROS
28 AGO 2019
Ass. Técnico

- 1) R-X de p.e. p.p.
 - 2) Voltaren 75mg 1 comprimido
 - 3) Dipirona (500mg/ml) 2ampolas + 1ml de ER lenta
 - 4) Ceftazidima 1g 2ampolas + 8ul de ER lenta
 - 5) Aft, 8% - 500ul ER no p.e.
 - 6) Aft, 8% - 500ul ER ± 35gto/m²
- Fratura de III e IV metatarsos
- Dr. Elenilson Lages
CRM-PI 4121
- Dr. Silvanio Lacerda Ribeiro de Oliveira

04.05.1974 Conferencia con el Sr. J. J. de la Cruz
de la Oficina de la Renda. PA: 13000 mm.

Comisión de la Renda
28.08.1974





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

FICHA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS (SALA DE PEQUENA CIRURGIA)

Nome: Dr. Marcelo Ribeiro de Almeida Data: 29/08/10 Hora: 0

Procedimento: Exatib

MATERIAIS	QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.
AGULHA Nº		ADRENALINA		USO TÓPICO	
ATADURA 15 CM	01	AMINOFILINA		KOLAGENASE	
ADAPTADOR PARA EQUIPO (MULTIVIA)		ATROPINA		NEOMICINA	
BOLSA COLETORA		ÁGUA DESTILADA		NITROFURAZONA	
BORRACHA 02 (LÁTEX)		BROMOPRIDA		RIFOCINA SPRAY	
CATETER O ₂		BUSCOPAN COMPOSTO		SULFADIAZINA DE PRATA	
COMPRESSA		CIMETIDINA		SOLUÇÕES	
EQUIPO HEMOTRANSFUSÃO		DEXAMETASONA		ÁLCOOL IODADO	
EQUIPO MACROGOTAS		DIPIRONA		ÁLCOOL 70%	
ESPARADRAPO	1	EFORTIL		POVIDINE DEGERMANTE	
FIO CATEGUTE SIMPLES Nº	5	FUROSEMIDA		POVIDINE TÓPICO	2
FIO CATEGUTE CROMADO Nº		GLICOSE 50%		S. FISIOLÓGICO 0,9%	1
FIO NYLON Nº		HEPARINA		SORO GLICOSADO 5%	
FIO ALGODÃO Nº		HIDRÓCORTISONA 100 MG		SOLUÇÃO DE ISOCEL	
GAZES	03	HIDROCORTISONA 500 MG		SOL. MANITOL	
JELCO Nº		PLASIL		RINGER LACTATO	
LÂMINA DE BISTURI		TRANSAMIN		VASELINA	
LUVAS PROCEDIMENTO Nº	01	VITAMINA K		APARELHAGEM	
LUVAS ESTÉREIS Nº		VOLTAREN		ASPIRADOR	
MICROPORE		ANESTÉSICOS		BISTURI ELÉTRICO	
PACOTE DE CATETERISMO		LIDOCAINA SEM VASO		ESTERILIZAÇÃO	
PACOTE SUTURA		LIDOCAINA COM VASO		FOCO CIRÚRGICO	
SCALP Nº		XILOCAINA SPRAY		SALA PEQ. CIRURGIA	
SERINGAS 1 ML		XILOCAINA GELEIA			
SERINGAS 5 ML		COLÍRIO OFTÁLMICO		OUTROS	
SERINGAS 10 ML		PSICOTRÓPICOS		OXIGÊNIO	
SERINGAS 20 ML		CLORPROMAZINA		DRENO	
SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº		DIAZEPAN			
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº		DOLANTINA			
SONDA FOLEY Nº		FENOBARBITAL			
SONDA ASPIRAÇÃO Nº		HALOPERIDOL			
SONDA RETAL Nº		HIDANTAL			
SONDA URETRAL Nº		MORFINA			

ENFERMEIRO (A)

MÉDICO

AUX/TEC. ENFERMAGEM



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

INSTITUTO
DE SEGUROS

28 AGO 2019

EDMAT

NOME DO PACIENTE: Marcelo Ribeiro de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508864

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

**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 20/04/2019 06:35:01

(User: EDUARDO)

(Sessão: 6655002)

Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA		Prontuário: 508864
Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Pai:	
End.Resid.: RUA VIGIA CHICO CAETANO 372 - CENTRO - JATOA DO PIAUI - PI - CEP: 64275-000		
Nascimento: 13/01/1972	Idade: 47a3m7d	Sexo: Masculino Fone: 86-98150-4731
Responsável: SIDIANE FERREIRA		CNS: 898062979707882
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 514.721.553-00
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 717777	Entrada: 20/04/2019 06:29:09	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)					
Peso: 0,80 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso:	hmg	Pressão	mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA EM P.E. SOLICITO RX						

Diagnóstico Inicial: ?	Exames Complementares:
----------------------------------	-------------------------------

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CRM PI - 4809 Em: 20/04/2019 06:35:00

Informações Gerais

 Paciente: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - 898002979707882 - 13/01/1972 (47 anos), Jatobá do Piauí. Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA (/pacientes/218730)

 Leito:

 Class. Risco: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Regional De Campo Maior (Campo Maior/PI)

Médico Solicitante

ELENILSON TORRES LAGES

Usuário Solicitante

Usuário Padrão - Infoway

Senha

Observação solicitante

Caráter

Urgência

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura de ossos do metatarso

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA HÁ 1H, COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ ALCÓOLICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E, COM CONTIGUIDADE COM FRATURA DE III E IV METATARSO E, EVIDENCIANDO-SE FRATURA EXPOSTA DE PÉ E POR CONTINUIDADE DE FRATURA COM FERIMENTO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO REALIZADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 156

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

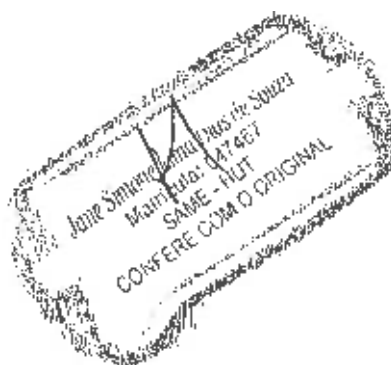
Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

SECRETARIA
DE SEGURANÇA

28 ABO 2019

SECRETARIA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATORIO - SRPA

NOME Marcia Ribeiro de Almeida IDADE 47 anos DATA 30/04/2019
 HÓRARIO DE ADMISSÃO 09 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIÃO Dr. Almeida
 CIRURGIA REALIZADA fixação de 2^a, 3^a e 4^a metatarsos (E)

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>110 x 64</u>	<u>105/60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>95</u>	<u>94</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>610</u>	<u>01</u>

ÍNDICE DE ALORETTÉ KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 80%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR SAÍDA						
TOTAL	<u>09</u> <u>Jairo Francisco de M. Freitas</u> <u>ENFERMEIRO</u> <u>COREN-PI 157387</u>					<u>10</u>

() Sonda Vesical		() Dreno de Sucção		() Dreno Torácico		() DVE		() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:	
<u>09:00 - Admitida em RPA no Poi de fixação de 2^a, 3^a e 4^a metatarsos (E). Consciente, orientada, sob cto de respiratório, expulso, segue ar ambiente, sem apnéia de O₂.</u> <u>Jairo Francisco de M. Freitas</u> <u>ENFERMEIRO</u> <u>COREN-PI 157387</u>	
PREScrição Médica	ALTA SRPA <u>Adriano Bastos de Oliveira</u> <u>MÉDICO</u> <u>COREN-PI 6919</u> HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()	
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD	



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

237340

391993

JUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 237340
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA			6 - Prontuário:	508864		
7-CNS:	898002979707882	8-Nascimento:	13/01/1972	9-Sexo:	Masculino	CPF:	514.721.553-00
11-Mãe:	FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA			12-Fone:	86-98150-4731		
13-Resp:	SIDIANE FERREIRA			14-Cor:	Amarela		
15-Endor:	RUA VIGIA CHICO CAETANO 372 - CENTRO - CEP: 64275-000						
16-Munic:	JATOBA DO PIADI	17-Cod. IBGE:	220527	18-UF:	PI	19-CEP:	64275-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	28 AGO 2019		
<i>Febre alta de 38,5°C de modo intermitente e de - fúnd - por 6 dias</i>			
21 - Condições que justificam a internação:			
<i>14 dias</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
<i>Lo</i>			
23-Diagnóstico Inicial:	24-CID-10: <i>S923</i>	25-CID 5aa: <i>S923</i>	26-CID C.Aaa: <i>S923</i>
Fratura de ossos do metatarso			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS		Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CSF	804.614.683-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA			34-Data Solicitação: 20/04/2019	
			35-Ass.: Med.Sol.: (CRM):	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 13/05	48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF			
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>guyso</i>	52-Usuário: LARISSA ARAUJO	53-Consulta Local: 71777	54-Consulta SUS:
	55-Impressão: 20/04/2019 09:23:29		

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 197991

AIH: 2219100274380



FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CNES

7564963

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

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

898002979707882

NOME DO PACIENTE

MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

NASCIMENTO

13/01/1972

SEXO

M

PRONTUÁRIO

508664

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

86981950849

NOME DA MÃE

FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

RESPONSÁVEL

SIDIANE FERREIRA

CPF

ENDEREÇO - LOGRADOURO

RUA VIGIA CHICO CASTANO, 372, CENTRO, JATOBA DO PIAUI, PI

NÚMERO / LOTE

372

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

JATOBA DO PIAUI

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E, COM CONTIGUIDADE COM FRATURA DE III E IV METATARSO E, EVIDENCIANDO-SE FRATURA EXPOSTA DE PÉ E POR CONTINUIDADE DE FRATURA COM FERIMENTO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

28 AGO 2019

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050462 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/04/2019

WILANTONIO LIMA COSTA

CPF: 80461468387

CRM:

DATA ADMISSÃO

20/04/2019 06:29

DATA ALTA

21/04/2019 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

JOSÉ DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645000

CRM:

DATA ANÁLISE: 20/04/2019 13:43:37

NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Wltonaldo Ribeiro de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Fx 2, 3, 4. Metatarso E

Operação - Tipo

Lum + Fx 2, 3, 4. Metatarso E

Cirurgião

Dr. Wltonaldo L. Costa

1º Assistente

Res. Cl -

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

neyrismar

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O Wms

Relatório Imediato do Patologista

28 AGO 2019

Acidente Durante a Operação

Não houve

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

1. Fx 2, 3, 4. Metatarso E
2. Mandril + Agulha + Agulha
3. Fx 2, 3, 4. Metatarso E
4. Relizar fixação de ligamento de triquetrum
5. Relizar fixação de Fx 2, 3, 4. Metatarso E
6. Sutura final e Wms

Dr. Wltonaldo L. Costa
CRM: 4740/CON-MG 6863
TEST: 12323

FHTFundação Hospitalar
de Teresina**SUS**Prefeitura de
Teresina

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 20.04.19**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

NOME DO PACIENTE: <u>Wenceslau Ribeiro de Oliveira</u>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: <u>Fm de 2.3.4. M. b. l. e. f.</u>	CIRURGIA: <u>Inc + Excep a FK</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wenceslau Costa</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Neelysma</u>	CPF Nº:

Dr. Wenceslau Costa
CRM-PI 47401/2014-MA 8563
FEOT 13019

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>8-6</u> <u>6,5</u>	PAR	02	<u>cade</u>
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	28 AGO 2019
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>colaterais oculares</u>	01	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	JOSE ORLANDO DA SILVA Médico - FHT Matrícula: 47487 CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON				ENFERMARIA: CIRCULANTE: <u>Benedicta</u>			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA		508864	13/01/1972	47	Ortopédica	235	246	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 20/04/2019	FRAT 2°3°4° MTT E							
21/04/19								
	1 Dieta oral livre							
	2 Jelco salinizado							
	3 cefalotina 1g+ AD EV 6/6H							
	4 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
	5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
	6 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
	7 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
	8 Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								

08:00 Pct recebeu
alta a critério
médico *Silva*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO				
MARCIO RIBEIRO		De 02 de 2019						
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
20/04/19 (30x70)		80 bpm						
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA			BRONQUITE	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA URINÁRIO				
SISTEMA DIGESTIVO				CORTICOIDES			ATARAXICOS	OUTROS
ESTADO MENTAL				FÍSICOS				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				APLICADO AS			EFEITOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				07:30			08:40	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES				
		1 2 3						
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100		2 8 AGO 2019				
TEMPERATURA T		C°		SEQUÊNCIA				
P. ARTERIAL V O PULSO		38		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80						
RESPIRAÇÃO O		20						
SÍMBOLOS		10		DURAÇÃO				
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE				
RABU ANESTESIA								
FRAGMENTO CIRURGIÃO DE PRAVINO DO 2º, 3º, 4º METACARPO								
CIRURGIÃO								
ANESTESISTAS								
Dr. Adriano Camilo								
Anestesiologista								
C.R.C. 4033								
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIO				
				IMEDIATAS				
				Júlio 2019				
				Anestesiologista				
				Saque HUT				
				CONF. COM ORIGINAL				

MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: - RG: - SUS: 898002979707882

Nasc.: 13/01/1972 Idade: 47 ANOS, 3 MESES, 6 Telefone: (86) 9815-04738

Civil:

CEP: 64275

End.: R-VIGIA CHICO CAETANO, 372 -

Bairro: CENTRO

Cidade: JATOBA DO PIAUI/PI

IBGE: 2205276 Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Pai:

Clinica: ACOHIMENTO

Documento: 4121 - ELENILSON TORRES LAGES

Responsavel: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 120 x 80

GC - 156

Procedimentos

19/04/2019 23:47 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipotese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos e exames realizados:

INSTITUIÇÃO DE SEGUROS
28 AGO 2019
Ass. Técnico

- 1) R-X de pé E AP. IP
- 2) Voltaren 75mg 1 comprimido 3 vezes ao dia
- 3) Dipirona (500mg/ml) 2ampolas + 1ml de Ad. Ev. lenta
- 4) Omeprazol 40mg 1g 2 comprimidos + 8ul Ad. Ev. lenta
- 5) Ato, 8% - 500ml Ev. rápida
- 6) Ato, 8% - 500ml Ev. rápida

Dr. Elenilson Torres Lages
CRM-PI 4121

04.05.2019 *El Compañero* 1 p. 1.27 no con delivery
de *Compañero* Q1 *renda*. PA: 13000 mm.

Compañero *Rodríguez*
2019

COMPRADORA
DE SEGUROS
28 AGO 2019
PRVAT

FICHA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS
(SALA DE PEQUENA CIRURGIA)

Nome: Dr. Marcelo Ribeiro de Almeida Data: 29/08/10 Hora: 0

Procedimento: Exatib

MATERIAIS	QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.
AGULHA Nº		ADRENALINA		USO TÓPICO	
ATADURA 15 CM	01	AMINOFILINA		KOLAGENASE	
ADAPTADOR PARA EQUIPO (MULTIVIA)		ATROPINA		NEOMICINA	
BOLSA COLETORA		ÁGUA DESTILADA		NITROFURAZONA	
BORRACHA 02 (LÁTEX)		BROMOPRIDA		RIFOCINA SPRAY	
CATETER O ₂		BUSCOPAN COMPOSTO		SULFADIAZINA DE PRATA	
COMPRESSA		CIMETIDINA		SOLUÇÕES	
EQUIPO HEMOTRANSFUSÃO		DEXAMETASONA		ÁLCOOL IODADO	
EQUIPO MACROGOTAS		DIPIRONA		ÁLCOOL 70%	
ESPARADRAPO	1	EFORTIL		POVIDINE DEGERMANTE	
FIO CATEGUTE SIMPLES Nº	5	FUROSEMIDA		POVIDINE TÓPICO	2
FIO CATEGUTE CROMADO Nº		GLICOSE 50%		S. FISIOLÓGICO 0,9%	1
FIO NYLON Nº		HEPARINA		SORO GLICOSADO 5%	
FIO ALGODÃO Nº		HIDRÓCORTISONA 100 MG		SOLUÇÃO DE ISOCEL	
GAZES	03	HIDROCORTISONA 500 MG		SOL. MANITOL	
JELCO Nº		PLASIL		RINGER LACTATO	
LÂMINA DE BISTURI		TRANSAMIN		VASELINA	
LUVAS PROCEDIMENTO Nº	01	VITAMINA K		APARELHAGEM	
LUVAS ESTÉREIS Nº		VOLTAREN		ASPIRADOR	
MICROPORE		ANESTÉSICOS		BISTURI ELÉTRICO	
PACOTE DE CATETERISMO		LIDOCAINA SEM VASO		ESTERILIZAÇÃO	
PACOTE SUTURA		LIDOCAINA COM VASO		FOCO CIRÚRGICO	
SCALP Nº		XILOCAINA SPRAY		SALA PEQ. CIRURGIA	
SERINGAS 1 ML		XILOCAINA GELEIA			
SERINGAS 5 ML		COLÍRIO OFTÁLMICO		OUTROS	
SERINGAS 10 ML		PSICOTRÓPICOS		OXIGÊNIO	
SERINGAS 20 ML		CLORPROMAZINA		DRENO	
SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº		DIAZEPAN			
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº		DOLANTINA			
SONDA FOLEY Nº		FENOBARBITAL			
SONDA ASPIRAÇÃO Nº		HALOPERIDOL			
SONDA RETAL Nº		HIDANTAL			
SONDA URETRAL Nº		MORFINA			

ENFERMEIRO (A)

MÉDICO

AUX/TEC. ENFERMAGEM



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

INSTITUTO
DE SEGUROS

28 AGO 2019

EDMAT

NOME DO PACIENTE: Marcelo Ribeiro de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508864

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

**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 20/04/2019 06:35:01

(User: EDUARDO)

(Sessão: 6655002)

Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA		Prontuário: 508864
Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Pai:	
End.Resid.: RUA VIGIA CHICO CAETANO 372 - CENTRO - JATOBÁ DO PIAUI - PI - CEP: 64275-000		
Nascimento: 13/01/1972	Idade: 47a3m7d	Sexo: Masculino Fone: 86-98150-4731
Responsável: SIDIANE FERREIRA		CNS: 898062979707882
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 514.721.553-00
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 717777	Entrada: 20/04/2019 06:29:09	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,80 kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:TRAUMA EM P.E.
SOLICITO RX**Diagnóstico Inicial:**

?

Exames Complementares:**Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: / /**HORA:** :

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CRM PI - 4809 Em: 20/04/2019 06:35:00

Informações Gerais

 Paciente: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - 898002979707882 - 13/01/1972 (47 anos), Jatobá do Piauí. Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA (/pacientes/218730)

 Leito:

 Class. Risco: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Regional De Campo Maior (Campo Maior/PI)

Médico Solicitante

ELENILSON TORRES LAGES

Usuário Solicitante

Usuário Padrão - Infoway

Senha

Observação solicitante

Caráter

Urgência

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura de ossos do metatarso

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA HÁ 1H, COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ ALCÓOLICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E, COM CONTIGUIDADE COM FRATURA DE III E IV METATARSO E, EVIDENCIANDO-SE FRATURA EXPOSTA DE PÉ E POR CONTINUIDADE DE FRATURA COM FERIMENTO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO REALIZADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 156

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

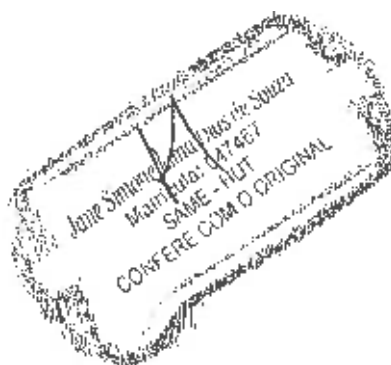
Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

SECRETARIA
DE SEGURANÇA

28 ABO 2019

SECRETARIA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATORIO - SRPA

NOME Marcia Ribeiro de Almeida IDADE 47 anos DATA 30/04/2019
 HÓRARIO DE ADMISSÃO 09 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIÃO U. Lencina
 CIRURGIA REALIZADA fixação de 2^a, 3^a e 4^a metatarso (E)

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>110 x 64</u>	<u>105/60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>95</u>	<u>94</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>610</u>	<u>01</u>

ÍNDICE DE ALORETTÉ KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 80%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR SAÍDA						
TOTAL	<u>09</u>					<u>10</u>

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

() Sonda Vesical		() Dreno de Sucção		() Dreno Torácico		() DVE		() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09:00 - Admitida em RPA no Poi de fixação de 2^a, 3^a e 4^a metatarso (E). Consciente, orientada, sob cto de respiratório, expulso, segue ar ambiente, sem apnéia de O₂.

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

Jane Simone Lima de Sousa
 Matrícula 047467
 SAGE - PI
 COREN-PI 0919

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Adriano Bastos de O. Silva
 MÉDICO
 CRM-PI 0919

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

237340

391993

JUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 237340
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA			6 - Prontuário:	508864		
7-CNS:	898002979707882	8-Nascimento:	13/01/1972	9-Sexo:	Masculino	CPF:	514.721.553-00
11-Mãe:	FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA			12-Fone:	86-98150-4731		
13-Resp:	SIDIANE FERREIRA			14-Cor:	Amarela		
15-Endor:	RUA VIGIA CHICO CAETANO 372 - CENTRO - CEP: 64275-000						
16-Munic:	JATOBA DO PIADI	17-Cod. IBGE:	220527	18-UF:	PI	19-CEP:	64275-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Febre alta de 38,5°C de modo intermitente e de - fútil - por 6 dias</i>	28 AGO 2019
---	-------------

21 - Condições que justificam a internação: <i>14 dias</i>	24-CID-Prin: S923	25-CID Sec.: S923	26-CID C. Aux.: S923
---	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Lo</i>	24-CID-Prin: S923	25-CID Sec.: S923	26-CID C. Aux.: S923
--	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

23-Diagnóstico Inicial: Fratura de ossos do metatarso	24-CID-Prin: S923	25-CID Sec.: S923	26-CID C. Aux.: S923
---	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS		Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CSF	804.614.683-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA			34-Data Solicitação: 20/04/2019	
			35-Ass.: WILANILDO L. COSTA Med.Sol.: CRM:	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 13/05	48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF			
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>guyso</i>	52-Carimbo (Rg. Conselho): Dra. Marília da Silva Leal Assessora de Auditoria Técnica / RMO COM - PI: 275 - CPF: 804.175.743-04 CNS: 840016281738417	Usuário: LARISSA ARAUJO	Consulta Local: 71777
		Consulta SUS:	Impressão: 20/04/2019 09:23:29

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 197991

AIH: 2219100274380



FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CNES

7564963

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

898002979707882

NOME DO PACIENTE

MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

NASCIMENTO

13/01/1972

SEXO

M

PRONTUÁRIO

508664

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

86981950849

NOME DA MÃE

FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

RESPONSÁVEL

SIDIANE FERREIRA

CPF

ENDEREÇO - LOGRADOURO

RUA VIGIA CHICO CASTANO, 372, CENTRO, JATOBA DO PIAUI, PI

NÚMERO / LOTE

372

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

JATOBA DO PIAUI

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E, COM CONTIGUIDADE COM FRATURA DE III E IV METATARSO E, EVIDENCIANDO-SE FRATURA EXPOSTA DE PÉ E POR CONTINUIDADE DE FRATURA COM FERIMENTO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

28 AGO 2019

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050462 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/04/2019

WILANTONIO LIMA COSTA

CPF: 80461468387

CRM:

DATA ADMISSÃO

20/04/2019 06:29

DATA ALTA

21/04/2019 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

JOSÉ DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645000

CRM:

DATA ANÁLISE: 20/04/2019 13:43:37

NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

JOSÉ DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CRM: 37320645000

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Wltonaldo Ribeiro de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Fx 2, 3, 4. Metatarso E

Operação - Tipo

Lum + Fx 2, 3, 4. Metatarso E

Cirurgião

Dr. Wltonaldo L. Costa 1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

neyrismar

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O Wms

Relatório Imediato do Patologista

28 AGO 2019

Acidente Durante a Operação

Não houve

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

1. Fx 2, 3, 4. Metatarso E
2. Mandril + Agulha + Agulha
3. Fx 2, 3, 4. Metatarso E
4. Relizar fixação do ligamento
5. Relizar fixação do ligamento
6. Sutura final e Wms

Dr. Wltonaldo L. Costa
CRM: 4740/CM-MA 6863
TEST: 12323

FHTFundação Hospitalar
de Teresina**SUS**Prefeitura de
Teresina

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 20.04.19**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

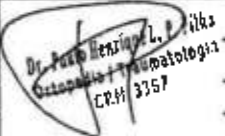
NOME DO PACIENTE: <u>Wenderson Ribeiro de Oliveira</u>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: <u>Fm de 2.3.4. M. b. l. e. f.</u>	CIRURGIA: <u>Inc + Excep a FK</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wemildo Costa</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Neelysma</u>	CPF Nº:

Dr. Wemildo Costa
CRM-PI 47401/2014-MA 8563
FEOT 13019

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>8-6</u> <u>6,5</u>	PAR	02	<u>code</u>
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	28 AGO 2019
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>colaterais oculares</u>	01	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	JOÃO GOMES JUNIOR Matrícula: 47487 SANE - FHT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Benedicta</u>			
PROLENE							



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA		508864	13/01/1972	47	Ortopédica	235	246	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 20/04/2019	FRAT 2°3°4° MTT E							
21/04/19								
	1 Dieta oral livre							
	2 Jelco salinizado							
	3 cefalotina 1g+ AD EV 6/6H							
	4 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
	5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
	6 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
	7 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
	8 Cuidados gerais e sinais vitais							
 Dr. Paulo Henrique L. P. Silva Ortopedia e Traumatologia CRM 3357								
								
Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Maurício Ribeiro de Oliveira			Ortopédica	2351246		
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
CÓDIGO				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
1		DIETA ORAL LIVRE				
2		SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA				
3		CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS				
4		RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8\8 h				
5		DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 h				
6		TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12h				
7		TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN				
8		CUIDADOS GERAIS				



FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO				
MARCIO RIBEIRO		De 02 de 2019						
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
20/04/19 (30x70)		80 bpm						
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA			BRONQUITE	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA URINÁRIO				
SISTEMA DIGESTIVO				CORTICOIDES			ATARÁXICOS	OUTROS
ESTADO MENTAL				FÍSICOS				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				APLICADO AS			EFEITOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				07:30			08:40	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES				
		1 2 3						
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100		2 8 AGO 2019				
TEMPERATURA T		C°		SEQUÊNCIA				
P. ARTERIAL V O PULSO		38		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		140 120 100 80 60 40 20 10						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O		99% 99% 99%						
SÍMBOLOS				DURAÇÃO				
TÉCNICAS		RABUIANESTESIA		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERACÕES		FRAGMENTO CRURIO DO PRAVINO DO 2.3.						
CIRURGIÕES		DR. WILANIR DO		4. METARABO E				
ANESTESISTAS		DR. ADRIANO 2. CAMO D						
PARTICULARIDADES		Dr. Adriano Camillo Anestesiologista CRM RJ 4033		CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				