

Audiências x Upload x Controle de docum x Consulta processo: x 0801967-88.2019.8 x Audiências x Download file | iLo x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=389144&ica=337577472fbefc3a1d23f7286d1ea15... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0801967-88.2019.8.18.0039 FRANCISCO MENESES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

9804082 - CONTESTAÇÃO (2721176 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/05/2020 14:54:18

20 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9804080 - CONTESTAÇÃO
 - 9804082 - CONTESTAÇÃO (2721176 CONTESTACAO 01)
 - 9804083 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2721176 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9804084 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 9804086 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9804087 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

14:54

2721176- C3/ 2020-01926/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08019678820198180039

Ativar o Windows
Para obter mais informações de como ativar o Windows, clique aqui.

protocolo.pdf documentos.pdf inicial.pdf Sentença.pdf Exibir todos x

14:54 20/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08019678820198180039

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO MENESES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/06/2018**.

A parte autora apesar de reconhecer que recebeu verba indenitária em sede administrativa, tenta levar esse Juízo a erro, vez que ao contrário do alegado o pagamento efetuado foi no importe de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**, sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC⁴.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁵, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

⁴“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁵“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARRAS, 20 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO MENESES DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BARRAS**, nos autos do Processo nº 08019678820198180039.

Rio de Janeiro, 20 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374279 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MENESES DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
TRAUMA TORÁCICO (PNEUMOTÓRAX E HEMOTÓRAX À DIREITA + FRATURA DOS ARCOS COSTAIS 5º AO 8º À DIREITA)
FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL T5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO SEGMENTO TORÁCICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO TORÁCICO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374279 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MENESES DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
TRAUMA TORÁCICO (PNEUMOTÓRAX E HEMOTÓRAX À DIREITA + FRATURA DOS ARCOS COSTAIS 5º AO 8º À DIREITA)
FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL T5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO SEGMENTO TORÁCICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO TORÁCICO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374279 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MENESES DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
TRAUMA TORÁCICO (PNEUMOTÓRAX E HEMOTÓRAX À DIREITA + FRATURA DOS ARCOS COSTAIS 5º AO 8º À DIREITA)
FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL T5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO SEGMENTO TORÁCICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO TORÁCICO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: Francisco meneses da Silva		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: Solteiro	Profissão: Lavrador
Identidade nº: 1.540 659	CPF nº: 755.125.303-30	
Endereço: Rua José Ribamar nº 712 Bairro Piquizeiro - Barras - PI		
CEP: 64.100-000	Telefone: (84) 99982.3093	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Estado Civil: Solteira

CPF nº: 703.754.703-44

Telephone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, N° 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima Francisco Menezes da Silva

Barras 05/06/2018

Local e data

Francisco Meneses de Silva

- Outorgante -



CNPJ 08.042.751/0001-31 - CNB 48320

RECIBO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO MENESES DA

DA VERDADE. DOU FÊ. BARRAS, 05/07/2018 15:34:02

Adorno Rolando Lator Silva
A PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE

Rua Cel. Góes

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registros e
Judiciais

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABD-34955

DEPARTAMENTO DE DINH
DPVAT
CONTEN

DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

74 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Norte - CEP: 64.000-000

7 - Nome: R. P. 64

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180374279

Vitima: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180374279**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13236380



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Barras - SP

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

755.125.303-30

Nome completo da vítima

Francisco meneses da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco meneses da Silva		CPF titular da conta 755.125.030-30	Profissão Lavrador
Endereço Rua Jori Ribamar Pereira		Número 712	Complemento
Bairro Piquizeiro	Cidade Barras	Estado Piauí	CEP
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 2844 D/V 4 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 6.015 D/V 1 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barras 03 de Agosto de 18
Local e Data

Francisco meneses da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000740/2018-91

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Bergson Monteiro De Carvalho

Data/Hora: 12/06/2018 - 12:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

LOCALIDADE LUIZA DOIDA, Nº:

Complemento

464284

Data/Hora

16/04/2018 - 00:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 A60. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.022-170

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Mãe: RAIMUNDA MENESES DA SILVA

Pai: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA

Endereço: RUA JOSÉ RIBAMAR PEREIRA, Nº 712

Bairro: PIQUIZEIRO

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

1 - HONDA. BIZ 100 ES

Ano: Placa:

Chassi:

2013 OUD3499 9C2HC1420DR044966

Renavam:

Cor:

00550423273

Preta

Condutor: FRANCISCO MENESES DA SILVA

End: RUA JOSÉ RIBAMAR PEREIRA Número: 712 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: PIQUIZEIRO

Proprietário: FRANCINEIDE DA COSTA

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante estava pilotando a motocicleta supramencionada, aproximadamente às 00:00 horas, na PI 110 que liga a cidade de Barras-PI à cidade de Miguel Alves-PI, próximo à localidade Luíza Doida, município de Barras-PI, quando, em determinado momento, foi tentar desviar de uma poça de água criada pela chuva na estrada, perdeu o controle da moto, bateu no meio fio sendo lançado dentro de um boeiro localizado no acostamento da pista; QUE perdeu os movimentos das pernas no momento do acidente e ficou dentro do boeiro durante toda a madrugada; QUE às 06:00 horas da manhã foi encontrado por uma pessoa que passava no local e ouviu os gritos de socorro; QUE então foi acionado o SAMU que o levou ao Hospital Regional Leônidas Melo em Barras; QUE foi transferido ao HUT em Teresina e após foi transferido para o HGV onde passou por uma cirurgia na região da coluna ficando mais de 20 dias internado. Era o relato.

Bergson Monteiro De Carvalho - Mat. 2866072
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Menezes da Silva
FRANCISCO MENESES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



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

865 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000740/2018-91

Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Francisco meneses da Silva</i>	CPF da Vítima <i>755.125.303-30</i>	Data do Acidente <i>16.08.2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Barras 03 de Agosto de 18
Local e Data

Francisco meneses da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



Juntos, construindo o futuro

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB DATA: 16/04/2018
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PI Banas / Miguel Alves
NOME DO PACIENTE: Francisco Mendes da Silva
SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 40 anos
SAÍDA DO P.A.: 05:48 CHEGADA AO LOCAL: 05:53
SAÍDA DO LOCAL: 06:08 CHEGADA AO HOSPITAL: 06:16

- 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03- ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
04- ☐ ENVENENAMENTO
05- ☐ AFOGAMENTO
06- ☐ QUEIMADURAS
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO
08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO
- SH = 06:37
CB = 0642

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☐
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☐
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 110x80
PULSO 89
RESPIRAÇÃO 22

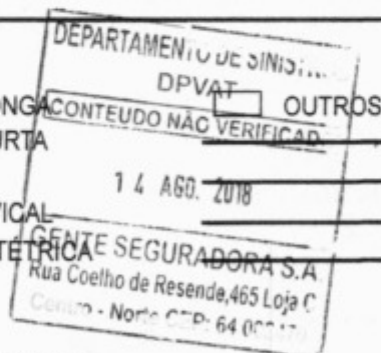
OBSERVAÇÕES:

paciente vítima de acidente automobilístico, com
suspeita de fratura na coluna.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- ☐ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA



CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: HRLM

Priscilla Kaline Bezerra Cardoso
ENFERMEIRA

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 000010006015-3

Nr. da Autenticação 40C5325780645FAF

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

Nº da Nota Fiscal 005785877

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	22/05/2018	97	86,15

FRANCISCO MENESES DA SILVA
R. JOSE RIBAMAR PEREIRA 712 PIQUIZEIRO
CPF: 00075512530330
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 310.313.10.32.263800

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	10166		Atual:	15/05/2018
Anterior:	10069		Anterior:	16/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	15/06/2018
Consumo Medido:	97		Emissão:	14/05/2018
Consumo Faturador:	97	FCAM	Apresentação:	15/05/2018
NORMAL			29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A990485		1.1.1.1	132

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	97 A R\$ 0,765587 = 74,26
ABR/18 128	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	8,13
MAR/18 126	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00	0,62
FEV/18 131	MULTA POR ATRASO 03/18-00	1,87
JAN/18 135	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00	1,27
DEZ/17 156	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,49	
NOV/17 145		
OUT/17 132		
SET/17 152		
AGO/17 103		
JUL/17 122		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 97 - 0,559262

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
04/2018 109,85

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/05/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09).
LIGUE 0800 086 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO F700.1725.28B3.328D.A829.6E9A.0BC0.96AF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,49	Base de Cálculo:	74,26
Energia:	29,45	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,63	Valor do ICMS:	16,33
Encargos:	4,69	Valor do PIS:	0,65
Tributos:	20,00	Valor do COFINS:	3,02

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14
0,00			0,00			0,00
CAMPO MAIOR			03/2018			36,75

ROT: 310.313.10.32.263800



(86) 99982

**Aguas de
Teresina**

Norma água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574

Av. Odilon Araújo, 1035, Píçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI

Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.36
20180807102233

MATRICULA

13650041-2

RATURAL
MÊS/ANO

152256673
8/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep: 64019330

LOCALIZAÇÃO

002-00019-002030

GRUPO
002

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A05N287017

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	PARADO
06/2018	Lido	24	24
05/2018	Lido	16	16
04/2018	Lido	15	15
03/2018	Lido	15	15
02/2018	Lido	23	19

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 11/07/2018 1441
ATUAL 07/08/2018 1458

CONSUMO MÊS M3

17

LED 12/14/2018

PERÍODO: 7.41 + 1.65% = 1.02

CONTS 62.41 + 7.60% = 4.74

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO (M3 E (%))
10	25 2.8010 50
25	9999999 8.5300 50

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
VALOR REFERENTE ÁGUA - 61,09
> Residencial-Normal
JUROS POR ATRASO 17,0 m3
MULTA POR ATRASO 07/2018
07/2018

REF.

VALOR

61,09
0,16
1,16

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (M3 E (%))

VENCIMENTO
20/08/2018

TOTAL A PAGAR
62,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.718	2.700	18	1,32	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.808	2.327	481	10,01	Inferior a 15,00
PH	2.793	2.782	11	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	2.803	2.559	244	2,56	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	473	472	1	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	473	473	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 07/08/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:22

TC 1.36

20180807102233

**Aguas de
Teresina**

MATRICULA

13650041-2

RATURAL

152256673

MÊS/ANO

8/2018

VENCIMENTO

20/08/2018

VALOR A PAGAR

62,41

8265000000-3 62411535000-8 00201815225-2 66730100104-2



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
- Nome - 64011-000

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 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 Maria do Carmo Proudomio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 44 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 755.125.303 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura malidade da Vítima Francisco Mendes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 755.125.303 / 30, 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 <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vermelha</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99982-3093</u>

Teresina, 03 de Agosto de 18
Local e Data

Maria do Carmo Proudomio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francineida da Costa

RG nº 1836.426 data de expedição 05/07/16

Órgão J.S.P PL, portador do CPF nº 90886160359, com

domicílio na cidade de Barras, no Estado de

Rio de Janeiro onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. José Ribamar Pereira, nº 130

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

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

vítima Francisco Menezes da Silva cujo o condutor era

Francisco Menezes da Silva

Veículo: moto

Modelo: HONDA/BIZ 100 ES

Ano: 2013

Placa: OND-3499

Chassi: 9C2HCJH30DRO 44966

Data do Acidente: 16/04/2018

Local e Data: Barras 05/06/2018

Francineida da Costa
Assinatura do Declarante



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



FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
Francisco Mendes da Silva	04101	
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/04/18	06:30. Paciente admitido neste setor clínico cirúrgico, trazido pela SAMU. Foi encontrada na borda da mão (+08 hs). Refere dor lombar esquerda de MM II. Hemiparesia, incontinência, febre, erupção alérgica (36,5), normotensão (120x80mmHg), normofrequência, não histórico de HAS, DM e alergia medicamentosa. Sem cuidados da equipe.	
17.04/18	A 10:40, pt segue em IH, consciente, orientado, físico, hidratado. Refere dor lombar esquerda e Hemiparesia em MM II. Consciente, orientado, não deambula. Acute de to vo. Dinâmica (+) Erupções (+). Hipertensão. Comunicado ao médico plantonista, que regulou pt realizar exames no HUT. Quando transmissor	
	A 11:25. pt transferido p/ HUT	
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
	CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
	14 AGO 2018	
	GENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.000-17	



GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM

Praca Monsenhor Bozon, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barras - PI

Fone: (86) 3242-1336 / Fax (86) 3242-1114

CNPJ: 06.553.564/0002-19

E-mail: hrlmleomed@hotmai.com



Hospital Regional
Leônidas Melo

NOME DO PACIENTE: <i>Ser... de...</i>		FOLHA DE PRESCRIÇÃO	
NOME DO MÉDICO: <i>Dr. ...</i>		ENFERMARIA/LEITO	Nº PRONTUÁRIO
		04/01	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
			As 6:30 Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto com movimento para NMTI, após queda. PA = 120/80 mmHg
16/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	12:00 - Paciente seguiu com ...
17/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	13:00 - Paciente seguiu com ...
18/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	14:00 - Paciente seguiu com ...
19/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	15:00 - Paciente seguiu com ...
20/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	16:00 - Paciente seguiu com ...
21/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	17:00 - Paciente seguiu com ...
22/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	18:00 - Paciente seguiu com ...
23/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	19:00 - Paciente seguiu com ...
24/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	20:00 - Paciente seguiu com ...
25/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	21:00 - Paciente seguiu com ...
26/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	22:00 - Paciente seguiu com ...
27/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	23:00 - Paciente seguiu com ...
28/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	24:00 - Paciente seguiu com ...
29/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	25:00 - Paciente seguiu com ...
30/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	26:00 - Paciente seguiu com ...
31/08/2016	<i>... para ...</i>	07:00	27:00 - Paciente seguiu com ...
01/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	28:00 - Paciente seguiu com ...
02/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	29:00 - Paciente seguiu com ...
03/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	30:00 - Paciente seguiu com ...
04/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	31:00 - Paciente seguiu com ...
05/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	32:00 - Paciente seguiu com ...
06/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	33:00 - Paciente seguiu com ...
07/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	34:00 - Paciente seguiu com ...
08/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	35:00 - Paciente seguiu com ...
09/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	36:00 - Paciente seguiu com ...
10/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	37:00 - Paciente seguiu com ...
11/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	38:00 - Paciente seguiu com ...
12/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	39:00 - Paciente seguiu com ...
13/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	40:00 - Paciente seguiu com ...
14/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	41:00 - Paciente seguiu com ...
15/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	42:00 - Paciente seguiu com ...
16/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	43:00 - Paciente seguiu com ...
17/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	44:00 - Paciente seguiu com ...
18/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	45:00 - Paciente seguiu com ...
19/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	46:00 - Paciente seguiu com ...
20/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	47:00 - Paciente seguiu com ...
21/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	48:00 - Paciente seguiu com ...
22/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	49:00 - Paciente seguiu com ...
23/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	50:00 - Paciente seguiu com ...
24/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	51:00 - Paciente seguiu com ...
25/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	52:00 - Paciente seguiu com ...
26/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	53:00 - Paciente seguiu com ...
27/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	54:00 - Paciente seguiu com ...
28/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	55:00 - Paciente seguiu com ...
29/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	56:00 - Paciente seguiu com ...
30/09/2016	<i>... para ...</i>	07:00	57:00 - Paciente seguiu com ...
01/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	58:00 - Paciente seguiu com ...
02/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	59:00 - Paciente seguiu com ...
03/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	60:00 - Paciente seguiu com ...
04/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	61:00 - Paciente seguiu com ...
05/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	62:00 - Paciente seguiu com ...
06/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	63:00 - Paciente seguiu com ...
07/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	64:00 - Paciente seguiu com ...
08/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	65:00 - Paciente seguiu com ...
09/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	66:00 - Paciente seguiu com ...
10/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	67:00 - Paciente seguiu com ...
11/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	68:00 - Paciente seguiu com ...
12/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	69:00 - Paciente seguiu com ...
13/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	70:00 - Paciente seguiu com ...
14/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	71:00 - Paciente seguiu com ...
15/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	72:00 - Paciente seguiu com ...
16/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	73:00 - Paciente seguiu com ...
17/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	74:00 - Paciente seguiu com ...
18/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	75:00 - Paciente seguiu com ...
19/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	76:00 - Paciente seguiu com ...
20/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	77:00 - Paciente seguiu com ...
21/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	78:00 - Paciente seguiu com ...
22/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	79:00 - Paciente seguiu com ...
23/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	80:00 - Paciente seguiu com ...
24/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	81:00 - Paciente seguiu com ...
25/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	82:00 - Paciente seguiu com ...
26/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	83:00 - Paciente seguiu com ...
27/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	84:00 - Paciente seguiu com ...
28/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	85:00 - Paciente seguiu com ...
29/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	86:00 - Paciente seguiu com ...
30/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	87:00 - Paciente seguiu com ...
31/10/2016	<i>... para ...</i>	07:00	88:00 - Paciente seguiu com ...
01/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	89:00 - Paciente seguiu com ...
02/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	90:00 - Paciente seguiu com ...
03/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	91:00 - Paciente seguiu com ...
04/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	92:00 - Paciente seguiu com ...
05/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	93:00 - Paciente seguiu com ...
06/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	94:00 - Paciente seguiu com ...
07/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	95:00 - Paciente seguiu com ...
08/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	96:00 - Paciente seguiu com ...
09/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	97:00 - Paciente seguiu com ...
10/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	98:00 - Paciente seguiu com ...
11/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	99:00 - Paciente seguiu com ...
12/11/2016	<i>... para ...</i>	07:00	100:00 - Paciente seguiu com ...







NOME DO PACIENTE: Francisco meneses da silveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 442938

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Cidade - Norte CEP: 64.000-170

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 URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Antropometria

NEURON ~~SUS~~ ~~SUS~~ 104

Top: 17/06/2014 14:47:44

© 1994 by J. W. Wiley & Sons, Inc. 0001-9048/94/0000-0000\$04.00

'Estados: PECTCA08A01'

BOLETIM DE ENTRADA - RE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA		Prontuário: 473938	
Mãe: RAIMUNDA MENESES DA SILVA		Pai:	
End.Resid.: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000			
Nascimento: 04/10/1977	Idade: 40a:6m:13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-94124-909
Responsável: FRANCINEIDE		CNS: 708802781695710	
Profissão: PROFESSOR		CPF: 755.125.303-30 * RG: -	
G. Instrução: Superior Completo		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660571	Data: 17/04/2018 14:44:56	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: DOR NO PEITO/TÓRAX		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não	CID Secundário:

DADOS CLÍNICOS:

Tramite o seu poltrão às 16h de 23 de maio, quando de volta ao trabalho, para trabalhar com grande de motivação e entusiasmo.

As - Exams: average number, plus, plus ± 90 k/hrs, present
 and de molten. i remitted in 100%

d. Shrub ~~Forest~~ ^{Forest} & clay loams + As Orizaba

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
Imagemística Inicial:			EXAME: 01/10/2010

diagnostico inicial:

EXAM: Col Torpie + Houder
DATA: 174118 at 1614

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- TC coluna toraco-lumbar
- Atle de cingulo pnel
- 25 unidades do m. transverso

ALTA: () Melhorado () Administrativa () Curado () Por Indisciplina () Inalterado () Por Evasão () A Pedido	() Retornar à Unid. Origem: <u>Sra. Maria Dalva Barros e Silva</u> () Transferência: <u>MEDICA</u> <u>CRM-PI: 6815</u> DATA SAÍDA: <u>12/9/</u> HORA: <u> </u>
ÓBITO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs DEPARTAMENTO DE SINISTROS... DPVAT DESTINO: () Família () IML () Anat. Patol. CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 AGO. 2018	() Internação na Unidade Proced. Solicitado: <u>3030 400 92</u> CID Compatível: <u>1068</u> Assinatura: <u>Antonio Carlos Vitor</u> <u>Neurologista</u> <u>CRM-PI nº 1720</u> Prof. Solicitante Internação:

GENTE SEGUADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Norte CEP: 64.000-17

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo: Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 17/04/2018 14:47:44

(VALDENICE MENDES)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA		Prontuário: 473938
Mãe: RAIMUNDA MENESES DA SILVA		Pai: _____
End. Resid.: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento: 04/10/1977	Idade: 40a:6m:13d	Sexo: Masculino Fone: 86-94124-909
Responsável: FRANCINEIDE		CNS: 708802781695710
Profissão: PROFESSOR		Documento: CPF: 755.125.303-30
N. Instrução: Superior Completo		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: _____		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660571	Data: 17/04/2018 14:44:56	Clas. Cor: Indefinido
tipo da Procura: DOR NO PEITO/TÓRAX		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 17/04/18 16:30	ESPECIALISTA: FORT
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Dor no peito de modo ex. leve dor no peito	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : O colar de pressão - pressão tipo "C" TT com separação cefálica / subconjugal O = Intussuscepção Sólido homogêneo	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Antonio Carlos Sousa Neurocirurgião Hospital de Urgência de Teresina
---	--

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : : MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 AGO. 2018 CENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 465 Loja C - No. 100 - 64011-000	ESPECIALISTA: Carimbo/Assinatura Solicitante Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
---	--



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE

Janeiro Muniz de Sá

PRONTUÁRIO

DATA DO NASCIMENTO

ENF. ou APT.

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

NEURO

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

Tpm - Fratura TS - Tqm AO - C

ALERGIAS

ASA - C - Plavix MRD TCEM NFE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

17.35h - Pte admitida no Por-
to 1, viradas de Sala Verde. *Maria da Conceição*

1. Dieta pastosa Visto Nutricionista Talisa Caland CRN/PI 10169

3. SF 0,9% 2000ml EV dia

~~100% 10ml/500~~

~~100% 10ml/500~~

4. Ranitidina 1 cap + AD EV 8/6h

5. ~~Paracetamol 2ml + 25ml AT EV 8/8h~~

6. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h

7. Bromoprida 1 amp + AD EV 8/8h (SOS)

8. Nitroglicerina (30) 2ap VO 4/4h

9. ~~Siumetazina 80mg VO 1x ao dia~~

10. Captopril 25mg VO se PAD > 110 mmHg

11. Diazepam 10mg VO às 21h

12. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV ~~6/6h~~ 6/6h

12. Dimorf 10ml + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM

13. Repouso no leito / SSVV 6/6h

14. *Cloran 80mg SC 1x ao dia*

MÉDICO/CRM:

DEPARTAMENTO DE SIN...
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
7 - Nova CEP: 64000-000

Carla Sales
CRM: 17117
Cirurgiã de Cabeça e Pescoço



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7349 - Em: (24/04/2018)

Internação:		Prontuário:		Paciente:		Clínica:		Enfermaria:		Leito:		Médico Assistente:							
212463		473938		FRANCISCO MEENES DA SILVA		CLÍNICA NEUROLOGIA - P07		ENFERMARIA 216		EXTRA 002		MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS							
Evolução:		C.S. rfm Asia C		Cond: Ag tran fme		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:		TRM-FRATURA DE T5									
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:		Unid.:		Via:		Int.:		Recons:		Dil. Vol.:		Horarios:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Dieta		ORAL Tipo BRANDA,																18.00h - Solicitado trans-	
1		CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,00		Frasco		EV		12/12h								pronte para HGV. () () 14ª hora	
2		DIFIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE		1,00		Ampola		EV		6/6h		AD						Cristiane 14/04/2018	
3		TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML. DILUIR EM 100ML DE SF 0,9% E FAZER LENTAMENTE		2,00		Ampola		EV		ACM		SF 0,9%						20.40 - Transferido p/	
4		HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP 0,25ML		1,00		Ampola		Subcuta		8/8h								HGV. 14/04/2018	
5		RANITIDINA 150MG		1,00		Comprim		Oral		12/12h								Rosa Maria 18/04/2018	
6		ÓLEO MINERAL PURO 15G/100ML		20,00		mL		Oral		8/8h								CORREIA 14/04/2018	

Observações Gerais: FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS REGULARES / CUIDADOS GERAIS / NEUROCHECK 2/2 H / CABECEIRA À 30° / MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H





Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Francisco Mendes da Silva Nº PRONT: 473938 Nº LAUDO: _____

() GRANDE QUEIMADO COD. 0302070028 () MEDIO QUEIMADO COD. 0302070010 () FISIOTERAPIA COD. 0302050035

JUSTIFICATIVA

PACIENTE ACAMADO, PRECISA DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E MOTORA PARA GARANTIR A MELHORA DOS SISTEMAS RESPIRATORIO E CARDIOVASCULAR.

DEPARTAMENTO DE SIN...

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICAD

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

13 - Norte CEP: 64.000-17

DATA: ____/____/____

Dr. Manoel Antonio da Silva
Médico Assistente - Hospital HUT
CRM 15.001

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO AUDITOR

Marcelo Augusto Pinheiro Cavalcante
Ligação: 0800-000000
SAÚDE HUT
Certificado com Original



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

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

PACIENTE: Francisco M. de Silva Nº PRONT: 473038 Nº LAUDO: _____

- ☐) ALTA HOSPITALAR
- ☐) PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- ☐) PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- ☐) PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- ☐) PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- ☐) TRANSFERÊNCIA
- ☐) EVASÃO
- ☐) ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO

Antônio Gilberto A. Brito
Diretor Geral do HUT
Prof.º Zenon Rocha

AUDITÓR



DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO AUDITOR



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 68090
AIH: 2218100226199

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CNES

7569963

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
708802781695710	FRANCISCO MENESES DA SILVA	04/10/1977	473938	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		RAIMUNDA MENESES DA SILVA	FRANCINEIDE	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NÚMERO / LOTE		
	RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA	SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PIQUIZEIRO		BARRAS	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C LESÃO DA MEDULA ESPINHAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0303040238

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

CÓDIGO

0303040092

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C LESÃO DA MEDULA ESPINHAL

CÓDIGO

0303040238

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA COLUNA NÍVEL NÃO ESPECIFICADO	T08		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Queda de moto com trauma dorsal. Déficit motor em membros inferiores. TC de coluna torácica demonstra: - PNEUMOTORAX A DIREITA - PEQUENO HEMOTORAX A DIREITA - FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL DE T5, COM FACETA PRESA A DIREITA E DESALINHAMENTO ANTERIOR-POSTERIOR DOS CORPOS VERTEBRAIS - HIPERCIFOSE DORSAL.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MARCUS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016283433443

DATA SOLICITAÇÃO

26/04/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

108785859390004

26/04/2018 12:43:01



Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante
MARCUS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
CNS 980016283433443
26/04/2018



212463

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

65

68090

AUDO 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:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

212463

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA

6 - Prontuário: 473938

7-CNS: 708802781695710

8-Nascimento: 04/10/1977

9-Sexo: Masculino

CPF: 755.125.303-30

11-Mãe: RAIMUNDA MENESES DA SILVA

12-Fone: 86-94124-909

13-Resp: FRANCINEIDE

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

17-Cod. IBGE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Doença do tipo (SIC) em fase aguda
 localizada em membros inferiores
 T.C. do tipo fasciíte necrótica tipo C

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de tratamento especializado

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

Aspirado

23-Diagnóstico Inicial:

Or: s traumatismos intracranianos

24-CID Prim:

S068

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0303040092

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MEDIO)

29-Clinica:

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

02

01

CPF

963.249.613-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

34-Data Solicitação:

17/04/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-CNPJ Empresa:

41-Data:

42-CNAS Empresa:

43-Data:

44-Data:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

16/05/18

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

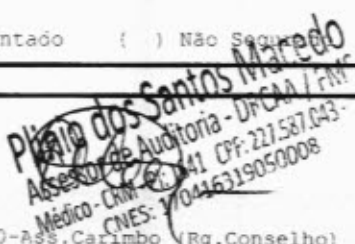
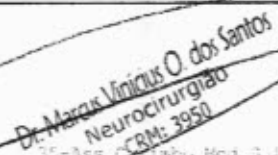
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: (VALDINEI MENESES)

Assinatura Local: (60571)

Assinatura JCS:

Assinatura: 17/04/2018 16:36:37



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 68090
	AIH: 2218100226199

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	CNES 7569963
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 708802781695710	NOME DO PACIENTE FRANCISCO MENESES DA SILVA	NASCIMENTO 04/10/1977	SEXO M	PRONTUÁRIO 473938
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA MENESES DA SILVA	RESPONSÁVEL FRANCINEIDE
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE SN
BAIRRO PIQUIZEIRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO BARRAS	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 1 DIA. ALCOOLIZADO. QUEDA DE GRANDE ALTURA. ENCONTRADO APÓS 12H DO ACIDENTE COM OS PÉS NO RIO. PERDA DA FORÇA MOTORA EM MMIL. SENSIBILIDADE PRESERVADA. PA: 120X80MMHG GLASGOW: 15 TAX: 36,5° FC: 86BPM FR: 22IRPM SAT: 96% EM AR AMBIENTE GLICEMIA: 117

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
CPF: 96324961320

CRM

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

17/04/2018

DATA ADMISSÃO

17/04/2018 14:44

DATA ALTA

24/04/2018 20:40

MOTIVO ALTA

TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

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))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO CRUZ MENDES CPF: 13178547004	
CRM:	DATA ANALISE: 17/04/2018 16:50:28
CPF:	CRM:
	DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: HRLM. - Barras

Para: Ortopedia - HUT

Nome da pessoa encaminhada:
Francisco Menezes da Silva

Registro: ID=22816
Autorização=197021832

Motivo do encaminhamento:

- Paciente vítima de acidente motociclístico há 2 dias, evoluiu com queda de força no mmi, sem conseguir desambular.
- PA=120x80mmHg; SatO₂=96% em ar ambiente; GC=117mg/dl; FC=89bpm, TAX=36,5°C

Observações: - Obs= sensibilidade de mmi preservada

- RX coluna lombossacra= sem fraturas.



Data: 17.04.18

Antonio Júnior
(SAVD)
Médico
Encaminhamento

Obs. Deve ser arquivado no Centro de Referência em Saúde da Família da Unidade Mista e Hospital Leônidas Melo.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data: _____ Resp. p/ Diagnóstico: _____

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida ao Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

216 - EXT 2

OME DO HOSPITAL: _____
ONTATO FEITO COM: _____
ONFIRMADO A VAGA: SIM () NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

OME: Francisco Mendes de Silva
DADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
NDEREÇO: _____
ESPONSÁVEL: _____

II - TRANFERÊNCIA

LÍNICO () CIRÚRGICO (X)

ONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

TAM - Queixa de dor
dores IS, Paraplegia parcial.



EXAMES REALIZADOS:

TC coluna torácica = fratura TT-
AD - (C)

DIAGNÓSTICO:

TAM - ASLA - C

RATAMENTO REALIZADO:

Prótese

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Alta complexidade

DATA: 17/04/18

Antonio Carlos Sousa
Neurocirurgião
Cirurgião de Coluna
CRM-17.422

Ass. e carimbo do médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA** (Prontuário: 473938)
 Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
 Nascimento: 04/10/1977 Idade: 40a6m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660571
 Requisição: 830478 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1027277 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 17/04/2018

T.C. DE COLUMNA LOMBAR

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE L1 AO SACRO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS, LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS, SEJA DIFUSA OU LOCALIZADA.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

DEPARTAMENTO DE SINIS .. DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1 Nº 64 000 000

TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242
 Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp:
 Assinatura do Médico Responsável
 Nome: Herbert Galeno Prado Mendes
 CRM: 3242
 Assinatura com Carimbo

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA** (Prontuário: 473938)
Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 04/10/1977 Idade: 40a6m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660571
Requisição: 830479 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1027278 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 17/04/2018

T.C. DE COLUMA TORACICA

TÉCNICA: Foram realizado através da aquisição helicoidal de 10 mm de espessura com incremento de 10 mm.

- PNEUMOTORAX À DIREITA.
- PEQUENO HEMOTORAX À DIREITA.
- FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL DE T5, COM FACETA PRESA À DIREITA E DESALINHAMENTO ANTERIOR-POSTERIOR DOS CORPOS VERTEBRAIS.
- HIPERCIFOSE DORSAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 17/04/2018

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp of the Hospital de Urgência de Teresina (HUT) with text: Hospital de Urgência de Teresina, Manuseio: 0000, 05/04/2018, Confirmação com Original.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ

SUS



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME *João Luiz Ferreira da Silva*
IDADE *45* SEXO ☐ MASC. ☐ FEM. CLÍNICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ INTERNADO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

Rx JOELHO/OMBRO/CRANIO

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

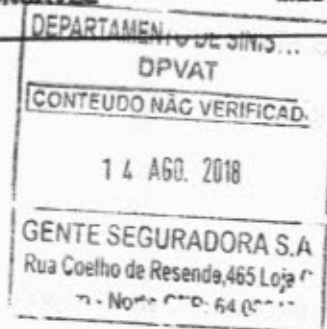
[Assinatura]
Médico Médico / Saúde Mental
CRM - PI 3493
CPE 134.952.135-00

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS
PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI

DATA *14* / *08* / *2018*

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ

SUS



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME *for monica da Silva*
IDADE *40* SEXO ☐ MASC. ☐ FEM. CLÍNICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ INTERNADO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. José Fonteneles Pinheiro
Clínica Médica / Saúde Mental
CRM - PI 3493
CNPJ 154.952.133-00

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS
PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI

DATA *14* / *08* / *2018*

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
3 - Novo Centro - 64.000-000

Neurologia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Francisco Menezes da S

PRONTUÁRIO MÉDICO

Dr. Brimaf Neto



NEURO

Junior
Faturista

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
640240

Prontuário: 362079 **FRANCISCO MENESES DA SILVA**

Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA

130 PIQUIZEIRO

Cidade: BARRAS

UF:PI CEP: 64100-000

Sexo: M DT. Nasc: 04/10/1977 (Idade: 40 Anos 6 Meses 20 Dias Estado Civil: C Profissão: PROFESSOR (A)

Cadastro: 24/04/2018 Telefone: 86 9491.7452 Cartão SUS: 708802781695710 CPF: 75512530330

Pai: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA

Mãe: RAIMUNDA MENESES DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO

Endereço: POV. FORMOSA

0 ZONA RURAL

Cidade: 3175

UF:PI CEP: 64100-000

Constancia

Funcionário do SAME

Queixa Principal:

com dor

H.D.A.

Dor de dor

DEPARTAMENTO DE SINOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Boca e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

*Acid. Dor. Ponto em.
Dor no m. d. direito.*

Diagnóstico:

com dor

Plano Terapêutico:

Antidolor de dor

Data / Hora: / / : :

Dr. Abimael Soares Rocha Neto
NEUROCIRURGIÃO
CRM: 1986
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

AIH : 221810106471-8
UNI : HGV

Orgão Emissor: 221100001

Estabelecimento de Saúde

Estabelecimento solicitante:

ITAL GETULIO VARGAS

Estabelecimento executante:

ITAL GETULIO VARGAS

AIH : 221810106471-8
UNI : HGV

FRANCISCO MENESES DA SILVA

Alh Faturada

NASCIMENTO
04/10/1977

07
ento
35

FRANCISCO MENESES DA SILVA

708802781695710 8 - Na:
RAIMUNDA MENESES DA SILVA

RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA 130
BARRAS

D.LIBERA: 10/05/2018
PROCED.: 0408030275
OP.SIST: J. SANTOS
CID : 5221

DT. LAUDO : 08/05/2018
ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRAS NIVE
ASS. MEDICO RESPONSÁVEL
CPF: 755.125.303-30

12 - Fone: 86-9.4917452
14 - Cor: PRETA

19 - CEP: 64100-000
17 - Cod. IBGE: 220120 18 - UF: PI RG: 15406-59

Justificativa da Internação

Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente com dor de nádega de modo a
deitar-se para dormir.

Fatores que justificam a Internação:

Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

TC de coluna lombar.

Historico Inicial:

24 - Cid Princ.: S221

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

RAS MULTIPLAS DA COLUNA TORACICA

Procedimento Solicitado

Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0283 ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS

ca: 30 - Carater.: Ident.: 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.
LOGIA 02 1 CPF 53971027415

Profissional / Assistente
L SOARES DA ROCHA NETO

34 - Data de Solicitação:
08/05/2018

Dr. Abimael S. da R.
NEUROCIRURGI-NEUR.
CRM 1.835

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Serie

Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

Acidente de Trabalho Trajetos.

Trabalho com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

Assinatura do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

Documento

49 - Num. Documento

Natureza Paciente ou Responsável.

Usuário: ARTEMES.COSTA
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão 12:56:29

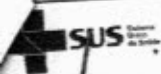
Artemes Costa
MÉDICO AUTORIZADOR
RUA PI: 260 - Ass. Carimb. (RG Conselho)
CRM 17026395120001



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

AIH: 221810106471-8
UNI: HGV

Orgão Emissor: M221100001



Ministério da Saúde

LAUDO PA
PROCEDIM

AIH: 221810106471-8
UNI: HGV

Orgão Emissor: M221100001

NASCIMENTO
04/10/1977



971

SECRETAR
HOSPIT

FRANCISCO MENESES DA SILVA

Aih Faturada

D.LIBERA: 10/05/2018

DT. LAUDO: 08/05/2018

PROCED.: 0408030275

OP.SIST: J. SANTOS

CID: S221

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÁS NÍVEL

40240

NS: 708802781695710

DATA NA

ETNIA DI

RAÇA/COR: PRETA

OME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA

RESPONSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO

ENDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA

MUNICÍPIO: BARRAS

UF: PI

FONE: 94917452

FONE:

N.º: 130

CEP: 64100000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

○ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

COD. PROCEDIMENTO

0303040114

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

COD. PROCEDIMENTO

0408030275

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÉS NÍVEIS

CID SECUNDARIO

CID PRINCIPAL

FRATURA DE VERTEBRA TORACICA

CID REL. PROCED 0408030275 - S221 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA COLUNA TORACICA

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

○ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, TRÉS NÍVEIS.
SOLICITO MUDANÇA PARA O PROCEDIMENTO REALIZADO.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ABIMAEL SOARES DA ROCHA NETO

DATA SOLICITAÇÃO

08/05/2018

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ○ CPF ○ 203833996230001

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA		PRONT.: 0000362079	ATEND.: 0000640240
NS: 708802781695710	DATA NASCIMENTO: 04/10/1977	SEXO: Masculino	
RAÇA/COR: PRETA	ETNIA DO PACIENTE:	CPF: 75512530330	
NOME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA		FONE: 94917452	
RESPONSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO		FONE:	
ENDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA		N.º: 130	
MUNICÍPIO: BARRAS	UF: PI	CEP: 64100000	

☐ INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO		☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO	
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null	
CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO	
CID EL. PROCED null		

☐ PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)
PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS	0408030275	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	0802010199	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II)	0802010083	1
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	0207010056	1

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE NECESSITA DE PERMANENCIA, DIARIA DE UTI E RESSONANCIA

DEPARTAMENTO DE DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 A GO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1

7 - Norte - CEP: 64000-000

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	DATA SOLICITAÇÃO
Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE	
CNS ☐ CPF ☐	

Dr. Abimael Brito

NEUROCIRURGIÃO

CRM: 1986

Ass. e Carimbo

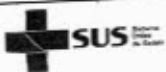
(Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	DATA DA AUTORIZAÇÃO
		07/06/2018
DOCUMENTO	Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)	
CNS ☐ CPF ☐		

Marcondes Martins S. Moura

MEDICO ADULTO - NIS - TERAPIA

CRM-PI: 1260-755-1025395120001



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA PRONT.: 0000362079 ATEND.: 0000640240
CNS: 708802781695710 DATA NASCIMENTO: 04/10/1977 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: PRETA ETNIA DO PACIENTE: CPF: 75512530330
NOME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA FONE: 94917452
RESPONSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO FONE:
ENDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N.º: 130
MUNICÍPIO: BARRAS UF: PI CEP: 64100000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO		COD. PROCEDIMENTO
PROCEDIMENTO ANTERIOR		
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO		COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL		CID SECUNDARIO
CID REL. PROCED		null

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)
PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD	
ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	0408030275		
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD	
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	0302040013	13	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD	
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	0302060022	13	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:
PACIENTE NECESSITA DE FISIOTERAPIAS

DEPARTAMENTO DE SINUS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
M - Norte CEP: 64100000

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo
(Ass. e Carimbo do registro do conselho)



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA

PRONT.: 0000362079

ATEND.: 0000640240

CNS: 708802781695710

DATA NASCIMENTO: 04/10/1977

SEXO: Masculino

RACIA/COR: PRETA

ETNIA DO PACIENTE:

CPF: 75512530330

NOME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA

FONE: 94917452

RESPONSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO

FONE:

ENDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA

N.º: 130

MUNICÍPIO: BARRAS

UF: PI

CEP: 64100000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

COD. PROCEDIMENTO

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

COD. PROCEDIMENTO
null

CID PRINCIPAL

CID SECUNDARIO

CID REL. PROCED null

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO

QTD

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS

0408030275

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

SISTEMA PARA FIXAÇÃO TRANSVERSAL DE TITÂNIO

0702050520

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

HASTE PARA ASSOCIAÇÃO COM PARAFUSOS DE TITÂNIO

0702050334

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

DISPOSITIVO PEDICULAR PARA FIXAÇÃO DE HASTE (INCLUI BLOQUEADOR)

0702050822

8

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE NECESSITA DE OPM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 ABO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
3.º Andar - CEP: 64100-000

DATA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Dr. Abimael Soares Rocha Neto
NEUROCIRURGIÃO
CRM: 1388
Ass. e Carimbo
(No do registro do conselho)

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (No do registro do conselho)

04-06-2018
Ass. e Carimbo (No do registro do conselho)
RM-PI: 1260

(01)10705031003033
LOT LBB2181
EXP 2021-12-31



HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL SURGICEL®
LOTE: VIDE LOT - VALIDADE: VIDE (EXP) ANO-MES
SURGICEL® - HEMOSTÁTICO CIRÚRGICO
JOHNSON & JOHNSON DO BRASIL IND. E COM. DE PRODUTOS
PARA SAÚDE LTDA, DIVISÃO JOHNSON & JOHNSON MEDICAL BRASIL
AV. PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHEK, 2041
COMPLEXO JK - BLOCO B, SÃO PAULO/ SP, CEP. 04543011
FABRICANTE: ETHICON, LLC, RD. 185, KM 8.3 - INDUSTRIAL AREA
HATO SAN LORENZO, 00754, PORTO RICO
FARM. RESP. NANCY MESAS DO RIO - C.R.F. - SP Nº. 10965
ENVELOPES COM 1 UNIDADE - REGISTRO ANVISA Nº. 10132590056
ESTÉRIL - IRRADIAÇÃO GAMA - CÓDIGO DO PRODUTO: VIDE EMBALAGEM
USO ÚNICO - PROIBIDO REPROCESSAR
ARMAZENAR O PRODUTO EM TEMPERATURA ENTRE 15°C E 30 °C
BRASIL. INSTRUÇÕES DE USO EM WWW.JNJBRASIL.COM.BR/MEDICAL/
IMPRESSAS VIA SAC: 08007075420

5343 5

26216 15:31:48 L-6

DEPARTAMENTO DE SINIS...
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja 1
Nº. 000.000.000.000

tub

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

104539 TE

NTE-COREN

HORA

Miguel
INSTRUMENTADORA-COREN



HGV
HOSPITAL
GETULIO VARGAS

5. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Scamuzio
4054031

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

[illegible]

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DIÁRIAS PARA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO - LP

1. IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: Armando Mendes da Silva Clínica: Tumores Enf./Leito: 310/02 DN: 04/10/77 Idade:
Data de Admissão: 08/05/2017 Procedência: UTI

2. AVALIAÇÃO

2.1. Admitido neste serviço com LP: () SIM (☒) NÃO2.1.2 Localização Anatômica:

2.1.3 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.1.4 Data: / / 2.2 Riscos de nova (s) LP (s): BASEADO NA ESCALA DE BRADEN (☒) SIM () NÃO BAIXO2.3 Surgimento de LP neste serviço: () SIM (☒) NÃO2.3.1 Localização Anatômica:

2.3.2 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.3.3 Data: / / 2.4 Condições Nutricionais: (☒) Satisfatória () Não Satisfatória

2.5 Incontinência: () Urinária () Fecal () Ausente

2.6 Avaliação da Dor: () SIM () NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	03
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	04
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	02
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	03
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	03
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema	—	02
TOTAL:					17

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN E ORIENTAÇÕES

RISCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)

Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilização e elevação da cabeça a 30°

Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.

Nutrição: Observar aceitação da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

RISCO MODERADO (13 a 14 PONTOS)

Continuar as intervenções do Risco Baixo;

Dispositivos: Colocar colchão de ar; utilizar coxins e outras superfícies de apoio.

Coberturas: Colocar espuma em região sacral e filme transparente em calcâneos.

RISCO ALTO (10 a 12 PONTOS) e RISCO MUITO ALTO (≤ 9 PONTOS)

Continuar intervenções do Risco Moderado;

Supervisionar a mudança de decúbito de 2/2 horas.

DEPARTAMENTO DE JINCO

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1

M. Norte - 010.64.0000

4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DA LP

4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LP: (☒) Sim () Não4.2 - Inspeção diária da pele: (☒) Sim () Não4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: (☒) Sim () Não () Contraindicado4.4 - Utilização de superfície de apoio: () Sim (☒) Não Qual? () Colchão de ar () Coxins () Almofadas () Outras: 4.5 - Utilização de curativo profilático: () Sim (☒) Não Qual? () Hidrocolóide () Filme transparente () Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DA LP

5.1 - Avaliação diária das LP existentes: () Sim () Não (☒) Não se aplica5.2 - Avaliação da umidade da lesão: () Sim () Não (☒) Não se aplica5.3 - Utilização de cobertura especial: () Sim (☒) Não Qual?

- 1) Realizar massagem ativa no duto
- 2) Deitar rentes fora do duto
- 3) Manter roupa de cama reticada, sem dobras e seca
- 4) Realizar hidratação da pele ex. dia
- 5) Realizar alívio de pressão de mudamos de decúbito não forçada
- 6) Observar cicatrizes diárias da pele

4054036

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

[illegible]

AValiação e intervenções diárias para prevenção e acompanhamento de lesões por pressão (LP) - LP

1. IDENTIFICAÇÃO:
 Paciente: Francisco Mendes da Silva Clínica: Uniao Enf./Leito: 310/02 DN: 04/10/77 Idade:
 Data de Admissão: 08/05/2017 Procedência: UTS

2. AVALIAÇÃO

- 2.1. Admitido neste serviço com LP: () SIM (☒) NÃO
- 2.1.2 Localização Anatômica:
- 2.1.3 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável
- 2.1.4 Data: / /
- 2.2 Riscos de nova (s) LP (s): BASEADO NA ESCALDE BRADEN (☒) SIM () NÃO BAIXO
- 2.3 Surgimento de LP neste serviço: () SIM (☒) NÃO
- 2.3.1 Localização Anatômica:
- 2.3.2 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável
- 2.3.3 Data: / /
- 2.4 Condições Nutricionais: (☒) Satisfatória () Não Satisfatória
- 2.5 Incontinência: () Urinária () Fecal () Ausente
- 2.6 Avaliação da Dor: () SIM () NÃO

APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN					PONTUAÇÃO
DESCRIÇÃO	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	03
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	04
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	02
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	03
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	03
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema	—	02
TOTAL:					<u>17</u>

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN E ORIENTAÇÕES

RISCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)

Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilização e elevação da cabeça a 30°.

Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.

Nutrição: Observar aceitação da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

RISCO MODERADO (13 a 14 PONTOS)

Continuar as intervenções do Risco Baixo;

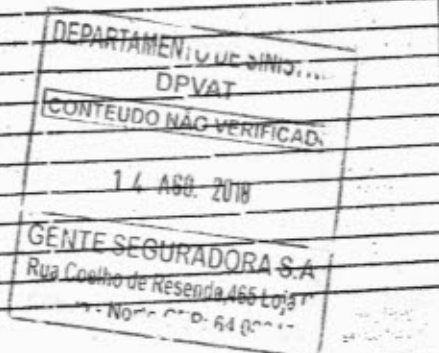
Dispositivos: Colocar colchão de ar; utilizar coxins e outras superfícies de apoio.

Coberturas: Colocar espuma em região sacral e filme transparente em calcâneos.

*** RISCO ALTO (10 a 12 PONTOS) e RISCO MUITO ALTO (≤ 9 PONTOS)**

Continuar intervenções do Risco Moderado;

Supervisionar a mudança de decúbito de 2/2 horas.



4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DA LP

- 4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LP: (☒) Sim () Não
- 4.2 - Inspeção diária da pele: (☒) Sim () Não
- 4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: (☒) Sim () Não () Contralindicado
- 4.4 - Utilização de superfície de apoio: () Sim (☒) Não Qual? () Colchão de ar () Coxins () Almofadas () Outras:
- 4.5 - Utilização de curativo profilático: () Sim (☒) Não Qual? () Hidrocolóide () Filme transparente () Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DA LP

- 5.1 - Avaliação diária das LP existentes: () Sim () Não (☒) Não se aplica
- 5.2 - Avaliação da umidade da lesão: () Sim () Não (☒) Não se aplica
- 5.3 - Utilização de cobertura especial: () Sim (☒) Não Qual?



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Prontuário: 362079

Nascimento: 04/10/1977

Estado Civil: Casado

Cartão SUS: 708802781695710

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal

Nome: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO

Estado Civil: Casado

CPF:

Parentesco: IRMAO

Eu,

(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Sanguineto

2.

3. Paralisia

4.

5. Obito

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 24/04/2018

* Francineide da Costa
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Abimael Soares Rocha Neto
NEUROQUIRURGIA
CRM: 1786
Assinatura do Médico Responsável - CRM



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

REQUISICÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS

DADOS DO PACIENTE			
Nome:	Francisco meireles do silva		
Prontuário:	362079	Nascimento:	07/10/1977
Cartão do SUS:	708802781095710		
Estado Civil:			

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL			
Nome:	Francineide de castro		
Estado Civil:	casada	Nascimento:	16/07/1978
Parentesco:	Esposo	Residente em:	Banos
		RG/CPF:	

Declaro que recebi informações claras e simplificadas a respeito da Transfusão de sangue e hemocomponentes (concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado) e que me foi oferecida a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias para esclarecer as minhas dúvidas.

Estou ciente de que poderei apresentar febre, calafrios, alergias e raramente problemas pulmonares ou cardíacos, e que serei prontamente atendido pelo médico de plantão responsável pelo meu atendimento.

Estou também ciente de que a transfusão de sangue é hoje um procedimento altamente seguro, mas não isento de riscos de transmissão de bactérias durante o ato transfusional, bem como de doenças infecciosas pela presença da janela imunológica.

Fui informado (a) de que a janela imunológica é o termo usado para designar o período de tempo que o organismo, após entrar em contato com um agente infeccioso, demora para produzir marcadores (anticorpos ou antígenos), que possam ser detectados por exames de sangue, e que a janela imunológica varia de acordo com o tipo de infecção.

Fui também informado (a) de que as indicações básicas para transfusões são restaurar ou manter a capacidade de transporte de oxigênio, o volume sanguíneo e a hemostasia, devendo ser realizadas quando existe indicação precisa, nenhuma outra opção terapêutica e os seus benefícios forem superiores aos riscos.

Riscos:

Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão.

Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O PACIENTE

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a transfusão de sangue, entreguei folders contendo "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes" ao próprio paciente e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento; o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e o tratamento proposto.

Nome: _____ Assinatura: _____ Nº Conselho: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____



At: 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 85-3221-3040



500 Cópias



Nome: Francisco Mendes da Silva D.N. 04/10/77 Prontuário 362079 Clínica Uniao

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS DE INTRA E PÓS - ANESTESIA

1.0 Dor pós-operatória

- () 01 a 03 - leve
() 03 a 07 - moderada
() 07 a 10 - intensa



2.0 Complicações respiratórias

- () Laringoespasmio
() Broncoespasmio
() Hipoventilação (depressão respiratória)
() Intubação Difícil
() Ventilação Difícil
() Edema Agudo de Pulmão
() Atelectasia

3.0 Complicações hemodinâmicas

- () Hipotensão (PAM menor que 20% do nível basal pré-anestésico ou PAS menor que 90mmHg)
() Hipertensão (PAM maior que 20%-49% do nível basal pré-anestésico ou PAS maior que 90mmHg)
() Taquicardia
() Bradicardia
() Arritmia

4.0 Complicações térmicas

- () Hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$) () Hipertermia ($>37,8^{\circ}\text{C}$)

5.0 Complicações Gastrointestinais

- () Náuseas () Vômitos

6.0 Complicações Urológicas

- () Oligúria ($<0,5\text{ml/Kg/h}$) () Retenção Urinária

7.0 Outros

- () Agitação/Delirium
() Rebaixamento do nível de consciência
() Anafilaxia
() Saturação $< 90\%$, mesmo com suplementação de oxigênio.

8.0 (X) PACIENTE NÃO APRESENTOU EVENTOS RELACIONADOS AO PERÍODO INTRA E PÓS-ANESTÉSICO.

Assinatura e Carimbo Anestesiista



m) SISTEMA REPRODUTOR: () Menarca () Menopausa () Primípara () Multipara () Não se aplica

V - CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: () Não (x) Sim

Qual(is): retirada de dentes

Qual o ano: _____

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional () Sim () Não

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária ()

Outro Especifique: _____

Pessoa a qual deve estar envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Realiza algum tratamento especializado: () Sim Não ()

Qual: _____

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? () Não () Sim () Não se aplica

() Criança

() Idosos debilitados

() Adolescente

() Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

() Indígena

() Outro Qual: _____

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

() Alimentação

() Linguagem

() Deambulação/ Mobilidade

() Surdo e mudo

() Sono e repouso

() Comunicação

() Acompanhante

() Outros Qual: _____

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

O Sr. ou Srª. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Priscilla Helena de S. Filho
Assinatura (Paciente ou Responsável)

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO



AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

PERCEÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
NUTRIÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
FRIÇÃO E CISCALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

AValiação e intervenções diárias para prevenção e acompanhamento de lesões por pressão - LLP

1. IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: Francisco Minerva da Silva Clínica: UTI-11 DN: 04/10/97 Idade: 40
Data de Admissão: Data de Admissão na Unidade: Procedência: C.C.

2. AVALIAÇÃO

- 2.1. Admitido neste serviço com LLP: () SIM (X) NÃO
2.1.1 Localização anatômica:
2.1.2 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável
2.1.3 Data:
2.2. Riscos de nova (s) LP (s): BASEADO NA ESCALA DE BRADEN () SIM (X) NÃO
2.3. Surgimento de LP neste serviço: () SIM (X) NÃO
2.3.1 Localização anatômica:
2.3.2 () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável
2.3.3 Data:
2.4. Condições Nutricionais: (X) Satisfatória () Não Satisfatória
2.5. Incontinência: () Urinária () Fecal (X) Ausente
2.6. Avaliação da Dor: () SIM (X) NÃO

DEPARTAMENTO DE SINIS ...
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.
14 AGO. 2018

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	5
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	4
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	1
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta Limitações	3
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	3
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		2
					TOTAL: 16

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN

(X) RISCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)

- Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilidade e elevação da cabeça a 30°
Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.
Nutrição: Observar aceitação da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

*RISCO MODERADO (13 a 14 PONTOS)

- Continuar as intervenções do Risco Baixo;
Dispositivos: Colocar colchão de ar; utilizar coxins e outras superfícies de apoio.
Coberturas: Colocar espuma em região sacral e filme transparente em calcâneos.

RISCO ALTO (10 a 12 PONTOS) E RISCO MUITO ALTO (≥ 9 PONTOS)

- Continuar as intervenções do Risco Moderado;
Supervisionar a mudança de decúbito de 2/2 horas.

4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DAS LLPs

- 4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LLPs: (X) Sim () Não
4.2 - Inspeção diária da pele: (X) Sim () Não
4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: () Sim () Não (X) Contraindicado
4.4 - Utilização de superfície de apoio: (X) Sim () Não, Qual? () Colchão de ar () Coxins () Almofadas () Outras:
4.5 - utilização de curativo profilático: () Sim (X) Não, Qual? () Hidrocoloide () Filme transparente () Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DAS LLPs

- 5.1 - Avaliação diária das LLPs existentes: () Sim () Não (X) Não se aplica
5.2 - Avaliação da umidade da lesão: () Sim () Não (X) Não se aplica
5.3 - Utilização de cobertura especial: () Sim () Não (X) Não, Qual?

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO

310-2

NOME: Francisco Munizes da Silva DN: 04/10/77

DO: CENTRO CIRÚRGICO

PARA CLÍNICA: UTI (2) DATA: 08/05/18 HORÁRIO: 16,00

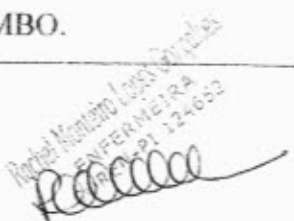
Nº	ITENS A SER CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	✓
2	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	✓
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	✓
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	✓
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	✓
6	Verificar se há solicitação de raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	✓
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor).	✓
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário.	✓
9	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	✓

DEPARTAMENTO DE JINIS
PRONTUÁRIO (se for o caso).
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1º
Fone: 3221-6400

FALTA
PIUTI

NÃO
MA

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO.	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO.
 Rafael Monteiro Lopes ENFERMEIRO CPF: 124652	

OBS: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente de maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRÚRGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Francisco Menezes da Silva DN: 1/1/

CLÍNICA: Neurologia DATA: 08 / 03 / 38 HORÁRIO: 8:30

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira - nome completo e data do nascimento)	☒
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	☒
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	☒
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	☒
5	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	☒
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	☒
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	☒
8	Orientar a retirada de roupa íntima	☒
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	☒
10	Conferir o jejum	☒
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	☒
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	☒
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	☒
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	☒
15	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	☒

OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECADO (✓) CADA ITEM

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E
CARIMBO Nathalia Kelly de S. Andrade
Enfermeira
COREN-PI 324240

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO

NOME: Francisco Menezes da Silva
 CLÍNICA: Neurocirurgia ENF./LEITO: 310/2 DN: 04/10/77 IDADE: 41 DATA DE ADMISSÃO: 08/05/18
 DATA DE ADMISSÃO NA UNIDADE: 08/05/18 HORÁRIO: 14:00 PROCEDÊNCIA: UTI

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS*

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	DATA <u>09/05</u>	DATA <u>10/05</u>	DATA <u>11/05</u>	DATA <u>12/05</u>	DATA <u>13/05</u>	DATA <u>1</u>	DATA <u>1</u>
☐ Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). Implemente intervenções básicas de segurança. (BAIXO RISCO DE QUEDA).	()	()	()	()	()	()	()
☐ Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de ALTO RISCO de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
☐ Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para ALTO RISCO de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
☐ Paciente é considerado de ALTO RISCO de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.							
Idade (Selecione apenas uma opção): ☐ 60 – 69 anos (1 ponto) ☐ 70 – 79 anos (2 pontos) ☐ 80 anos e mais (3 pontos)	0	-	-	-	-	-	-
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável): ☐ Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)	0	-	-	-	-	-	-
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção): ☐ Incontinência (2 pontos) ☐ Urgência ou aumento da frequência (2 pontos) ☐ Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)	0	-	-	-	-	-	-
Medicamentos (selecione apenas uma opção): ☐ Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos) ☐ Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos) ☐ Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)	5	5	5	5	5	5	5
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (Selecione apenas uma opção): ☐ Um equipamento (1 ponto) ☐ Dois equipamentos (2 pontos) ☐ Três ou mais equipamentos (3 pontos)	1	1	1	1	1	1	1
Mobilidade: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos): ☐ Marcha instável (2 pontos) ☐ Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos) ☒ Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)	2	2	2	2	2	2	2
Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos): ☐ Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto) ☐ Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos) ☐ Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)	0	-	-	-	-	-	-
Somatória dos pontos: Baixo risco: escore de 0-5 pontos Risco Moderado: escore de 6-13 pontos Alto Risco: escore > 13 pontos	08	8	8	8	8	8	8



Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

640240

UF:PI CEP: 64100-000

CPF: 75512530330

Pos-ye a tralhe de eohm fencia,
necessitas de org-tdo.

Data	Assinatura
24 10/11 18	X Raimundo Antonio da Silva FH
25 10/11 18	X Raimundo Antonio da Silva FH
26 10/11 18	X Raimundo Antonio da Silva FH
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2018

GENTE SEGURO S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1

11 - No. 11 - 540

Dr. Abimael Soares Rocha Neto

Dr. Abimeel Soares Rocha Neto
NEUROCIRURGIAO
CRM: 1986

Ass. Médico Solicitante

Data: / /

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO



DN: 04/10/1977

Origem:
☒ Clínica: ☐ UTI ☐ Centro Cirúrgico ☐ Outro:
Destino:
☒ Clínica: Neurologia ☐ UTI ☐ Centro Cirúrgico ☐ Outro:
Acompanhamento no transporte:
☐ Médico ☐ Enfermeiro(a) ☐ Fisioterapeuta ☒ Técnico de Enfermagem ☒ Outro: maqueiro

REGISTRO MÉDICO

Diagnóstico:

Comorbidade:

Estado de consciência: ☒ ORIENTADO ☐ CONFUSO ☐ SONOLENTO ☐ SEDADO

Procedimento realizado: ☐ SIM

Infeção: ☒ NAO ☐ SIM Foco: ☐ NAO

ATB:

REGISTRO ENFERMAGEM

Acesso venoso: ☐ NAO ☒ PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ HEMODIÁLISE ☐ OUTROS

Última medicação para dor: DROGA:

HORA:

☐ NA

Infusão: ☐ NAO ☐ ALTA VIGILÂNCIA ☐ SEDAÇÃO ☐ DROGA VASOATIVA

☐ OUTROS

VELOCIDADE DE INFUSÃO:

Sinais Vitais: PA: 86mmHg mmHg FR: 18 rpm FC: 76 bpm

Dreno/ Sondas: ☐ NAO ☐ SIM

Curativos: ☐ NAO ☒ SIM

Termos de consentimento: ☐ NAO ☐ SIM ☐ NA

Dispositivos Implantados: ☐ NAO ☐ MARCAPASSO ☐ DVE/ PIC

Medicamentos encaminhados: ☐ NAO ☐ SIM

Modo de transporte: ☒ MACA ☐ CADEIRA ☐ CAMA

Precauções/ Isolamento: ☐ PADRÃO ☐ CONTATO ☐ RESPIRATÓRIO

Risco de queda: ☒ BAIXO ☐ MODERADO ☐ ALTO

Alergia: ☒ NAO ☐ SIM

Alimentação: ☐ ZERO ☒ SIM VO

Escala de Braden: 16 LPP: ☒ NAO ☐ SIM



REGISTRO DE FISIOTERAPIA

Suporte Ventilatório:

☐ TOT ☐ TQT ☐ CATETER_NASAL

l/min

MÁSCARA DE VENTURI

%

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

OBSERVAÇÕES:

Profissionais que encaminharam:

Recebo paciente e confirmo informações:



ADMISSÃO FISIOTERÁPICA

PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA

DATA NASC.: 04/10/1977

SEXO: Masculino

IDADE: 40

NATURALIDADE: BARRAS

ATENDIMENTO: 0000640240

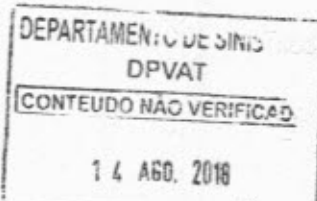
HDA

PACIENTE PROVENIENTE DO CC EM POI DE ARTRODESE DE COLUNA TORACICA POSTERIOR ENCAMINHADO A ESTA UNIDADE PARA POS-OPERATÓRIA

EXAME FÍSICO

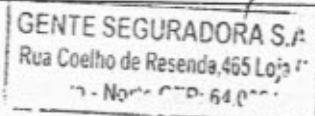
GERAL:

REG, AFEBRIL, ACIANÓTICA



NEUROLÓGICO:

AO=4 RV=5 RM=6 GLASGOW =15



AP. RESPIRATÓRIO:

RESPIRANDO ESPONT EM A.A, EUPNEICO EM A.A, SPO2=97%. NA AP=MV+ SEM RA

AP. CARDIOVASCULAR:

NORMOCARDICO E NORMOTENSA

SISTEMA. MÚSCULO-ESQUELÉTICO:

PLEGIA DE MMII (MID)

EXAMES REALIZADOS:

DE ROTINA

DIAGNÓSTICO CINESIOLÓGICO:

CONDUTA:
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA

Teresina (PI), 08/05/2018

Aldelany de Oliveira Dantas
FISIOTERAPEUTA
CREMIO 28479

Fisioterapeuta



Paciente: 362079 - FRANCISCO MENESES DA SILVA

Idade: 40 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 04/10/1977

Prestador Assistente: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Conselho / Número Cons.: CRM 1790

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 640240

Leito: UTI II L-11

Admissão: 24/04/2018 00:10

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 451963 (FECHADO)Responsável: SONIA MARIA DE ARAUJO CAMPELO -
COREN 63227 / ENFERMAGEM

Data de Referência: 09/05/2018

Data/Hora do Documento: 09/05/2018 08:55

8:30 - PACIENTE EM POI DE ARTRODESE DE COLUNA TORÁCICA VIA POSTERIOR. NEGA ALERGIA E COMORBIDADES PREGRESSAS. CIRÚRGIA REALIZADA EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE MOTO.

NEUROLÓGICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW: 15 (AO: 4; MRV: 5; MRM:6). PUPÍLAS ISOCÓRICAS, MÉDIAS E FOTORREAGENTES. QUEIXA-SE DE DOR NO LOCAL DA CIRÚRGIA.
CARDIOVASCULAR: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, BNF, RR, 2T SEM DROGAS VASOATIVAS.
RESPIRATÓRIO: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA SEM APORTE DE O2, MANTENDO OXIMETRIA DE PULSO EFICAZ. TÓRAX EXPANSÍVEL E SIMÉTRICO. AP: SONS PULMONARES PRESENTES E SEM RA.
GASTROINTESTINAL: ABDOME PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, RHA +. DIETA VO.
GENITOURINÁRIO: DIURESE PRESENTE POR SVD, ASPECTO LIMPIDO E COM BOM VOLUME.
TEGUMENTAR: PELE ÍNTEGRA, HIDRATADA E NORMOCORADA. FO COM CURATIVO OCLUSIVO EM REGIÃO DORSAL.
MUSCULOESQUELÉTICO: PLEGIA NO MID, SENSIBILIDADE TORÁCICA NORMAL A PARTIR DO APÊNDICE XIFÓIDE.
CATETERES: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM VEIA BÁSILICA DIREITA PERVIO.

EM PLANEJAMENTO DE ALTA DA UTI
SEGUE CUIDADOS INTENSIVOS

SONIA MARIA DE ARAUJO CAMPELO
COREN 63227

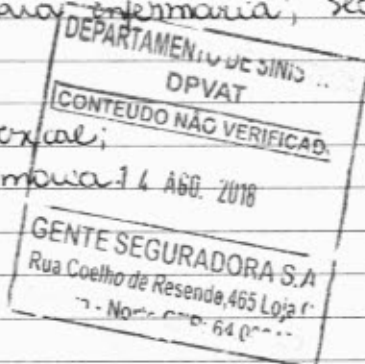


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA Leito: 11 Pront.: 362079

EVOLUÇÃO MÉDICA - MANHÃ

DATA:	DIA DE UTI	
09/05	1º DPO de Anestesia terapêutica - Paciente admitido procedente do CC em P.O.I.	
	H40 cmHg	
	# Plúvia mTD	
	S.N.C: GLASGOW: AO <u>4</u> , RV <u>5</u> , RM <u>6</u> , TOTAL: <u>15</u> PUPILAS: <u>ISOCÓRICAS</u>	
	Paciente segue consciente, orientado, eupneico, comidório, apnéico. FOTOREAGENTES	
	A.C.V: VARIAÇÃO DA P.A:	DROGA VASOATIVA: <u>—</u> PERF. CAPILAR: <u>22/5</u>
	Δ PAM = 78-96	
	P = 76	ESPONTÂNEA
	A. RESP.: PADRÃO RESPIRAT.: Δ FR = 16-20	V.M.: <u>—</u>
	SAT. O2 Δ = 96-100%.	AUSCULTA: MVE, RM RA.
	A. DIGEST.: DIETA: Dieta VO, livre admitida, com boa digestão	FEZES: sem episódios nas últimas 12h;
	RENAL-METABÓLICO: DIURESE: 1600 ml / 12h	BAL. HÍDRICO: - 451 ml / 12h
	HEMAT. INFECCIOSO: FEBRE: Ausente	LEUCO: BT: SEG.:
	Δ TAx = 36-37,4 °C	
	CONCLUSÃO: - Já avaliado hoje pela manhã pelo neurocirurgião - condições de vida para enfermagem, segue hemodinamicamente estável;	
	CONDUTA: Refinar ventilação; ultra pl enfermagem 14 AGO. 2018	
	# Medicamentos: D21 cefazolina	
	Int. Marcela	





EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS UTI'S

DATA: 08/05/2018	UTI: 2	LEITO: UTI2L11	PRONTUÁRIO: 0000362079	CÓD. ATENDIMENTO: 0000640240	PESO_PREDITO: 52,8
NOME: FRANCISCO MENESES DA SILVA			DATA DO NASC.: 04/10/1977	IDADE: 40 Anos 7 Meses 4 Dias	
DIA/UTI: 1	TURNO: TARDE	DIAGNÓSTICO: POI DE ARTRODESE DE COLUNA TORACICA			

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	
☒ CONSCIENTE	☒ ORIENTADO
☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ TORPOROSO	☐ COMATOSO
GLASCOW: AO: 4	RV: 5
RM: 6	TOTAL: 15
☐ SEDADO	RASS:
MOTRICIDADE OCULAR INTRÍNSECA:	
☒ NORMAIS	☐ MIÓTICAS
☐ MIDRIÁTICAS	☐ REATIVAS
☐ ARREATIVAS	☐ ISOCÓRICAS
☐ ANISOCÓRICAS:	☐ D>E
☐ E>D	
PADRÃO DE RESPOSTA MOTORA:	
☐ NORMAL	☐ PARESIA
☐ MMSS: ☐ D ☐ E	☐ MMII: ☐ D ☐ E
☒ PLEGIA	☐ MMSS: ☐ D ☐ E
☒ MMII: ☐ D ☐ E	☐ DESCEREBRAÇÃO
☐ DECORTICAÇÃO	☐ ARREFLEXIVO
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:	
Via Aérea:	☒ V.A. SUPERIOR
☐ V.A. ARTIFICIAL	☐ CÂNULA METÁLICA, Nº
☐ CÂNULA PORTEX, Nº	
PADRÃO RESPIRATÓRIO:	
☒ TÓRACO ABDOMINAL	☐ TORÁCICO
☐ ABDOMINAL	☐ PARADOXAL
FR:	crpm
Amplitude:	☒ NORMAL
☐ SUPERFICIAL	☐ PROFUNDA
RITMO:	☒ NORMAL
☐ ANORMAL	TIPO:
Ausculta Pulmonar: MV+ SEM RA	
Oxigenioterapia:	
☐ CATETER	☐ VENTURI
☐ MACRO	☐ VNI
APORTE:	L/min SPO2
SECREÇÃO:	
☐ -/4	☐ +/4
☐ ++/4	☐ +++/4
ASPECTO:	
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:	
☐ BIPAP:	IPAP:
cmH2O. EPAP:	cmH2O.
☐ CPAP:	PEEP:
cmH2O	
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:	
Via aérea Artificial:	☐ TOT:
Nº:	☐ TQT:
Nº:	PRESSÃO
CUFF:	cmH2O
Ciclagem:	
☐ VOLUME	☐ PRESSÃO
☐ FLUXO	☐ TEMPO
Modalidade:	
☐ ASSISTIDO/CONTROLADO	☐ SIMV
☐ PSV	☐ CPAP
OUTROS:	
Hemodinâmica:	
FC: 78	bpm
PA:	mmHg
PAM: 67	mmHg

PARÂMETROS VENTILATÓRIO										
V.C.	V.MIN.	F.R.V.	F.R.T.	P.CONTR.	PEEP	P.PICO	P.PLAT	P.SUPOR.	TRIGGER	FIO2
MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA										
SpO2	V.C.esp.	F.R.esp.	V.M.esp.	FR/VC	PaO2/FIO2	PImax.	C.Dinam	C.Estat	P.O. 0.1	
GASOMETRIA ARTERIAL										
HORA	PH	PaCO2	E.B.	HCO3	Diff(A-a)O2	SgO2	FIO2/coleta	DISTÚRPIO ÁCIDO - BASE		
CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:										
☒ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA										
☐ FISIOTERAPIA MOTORA										

OBSERVAÇÃO:
PACIENTE ESTÁVEL

DEPARTAMENTO DE SINUS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO.

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
- Nome: CDD-64 (10000)

Adelany de Oliveira
FISIOTERAPEUTA
CARIMBO/ASSINATURA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS UTI'S

DATA: 08/05/2018	UTI: 2	LEITO: UTI2L11	PRONTUÁRIO: 0000362079	CÓD. ATENDIMENTO: 0000640240	PESO_PREDITO: 52,8
NOME: FRANCISCO MENESES DA SILVA			DATA DO NASC.: 04/10/1977	IDADE: 40 Anos 7 Meses 4 Dias	
DIA/UTI: 1		TURNO: NOITE	DIAGNÓSTICO: POI DE ARTRODESE DE COLUNA TORACICA		

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:					
☒ CONSCIENTE	☒ ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO	☐ TORPOROSO	☐ COMATOSO
GLASGOW: AO: 4 RV: 5 RM: 6 TOTAL: 15 ☐ SEDADO RASS:					
MOTRICIDADE OCULAR INTRÍNSECA: ☒ NORMAIS ☐ MIÓTICAS ☐ MIDRIÁTICAS ☐ REATIVAS ☐ ARREATIVAS					
☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS: ☐ D>E ☐ E>D					
PADRÃO DE RESPOSTA MOTORA: ☐ NORMAL ☐ PARESIA ☐ MMSS: ☐ D ☐ E ☐ MMII: ☐ D ☐ E					
☒ PLEGIA ☐ MMSS: ☐ D ☐ E ☒ MMII: ☐ D ☐ E ☐ DESCEREBRAÇÃO ☐ DECORTICAÇÃO ☐ ARREFLEXIVO					
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:					
Via Aérea: ☒ V.A. SUPERIOR ☐ V.A. ARTIFICIAL ☐ CÂNULA METÁLICA. Nº ☐ CÂNULA PORTEX. Nº					
PADRÃO RESPIRATÓRIO: ☒ TÓRACO ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ABDOMINAL ☐ PARADOXAL FR: crpm					
Amplitude: ☒ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ PROFUNDA RITMO: ☒ NORMAL ☐ ANORMAL TIPO:					
Ausculta Pulmonar: MV+ SEM RA					
Oxigênioterapia: ☐ CATETER ☐ VENTURI ☐ MACRO ☐ VNI APOORTE: L/min SPO2 97%					
SECREÇÃO: ☐ -/4 ☐ +/4 ☐ ++/4 ☐ +++/4 ASPECTO:					
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: ☐ BIPAP: IPAP: cmH2O. EPAP: cmH2O. ☐ CPAP: PEEP: cmH2O					
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:					
Via aérea Artificial: ☐ TOT: Nº: ☐ TQT: Nº: PRESSÃO CUFF: cmH2O					
Ciclagem: ☐ VOLUME ☐ PRESSÃO ☐ FLUXO ☐ TEMPO					
Modalidade: ☐ ASSISTIDO/CONTROLADO ☐ SIMV ☐ PSV ☐ CPAP OUTROS:					
Hemodinâmica: FC: 73 bpm PA: mmHg PAM: 83 mmHg					

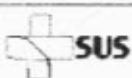
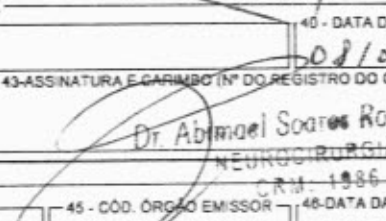
PARÂMETROS VENTILATÓRIO										
V.C.	V.MIN.	F.R.V.	F.R.T.	P.CONTR.	PEEP	P.PICO	P.PLAT	P.SUPOR.	TRIGGER	FIO2
MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA										
SpO2	V.C.esp.	F.R.esp.	V.M.esp.	FR/VC	PaO2/FIO2	Pimax.	C.Dinam	C.Estát	P.O. 0.1	
GASOMETRIA ARTERIAL										
HORA	PH	PaCO2	E.B.	HCO3	Dif(A-a)O2	SgO2	FIO2/coleta	DISTÚRBO ACIDO - BASE		

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:	☒ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	☐ FISIOTERAPIA MOTORA
---------------------------	--	---

OBSERVAÇÃO:
PACIENTE ESTÁVEL

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Fone: (085) 3241-6400

Angela Maria Macedo
FISIOTERAPISTA
CARIMBO/ASSINATURA

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		2 - CNES 2 7 2 6 9 7 1
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		4 - CNES 2 7 2 6 9 7 1
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE Francisco Manoel da Silva		8 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7088107781695710		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Reimunda Manoel da Silva		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO SEM SUBMITER A TROCA ESTAR A TROCA SOBT UCI		
PROFISSIONAL SOLICITANTE		
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Abimael Rocha		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/08/18
41 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF 53971087712		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  DR. Abimael Soares Rocha NEUROCIRURGIÃO CRM 1986
AUTORIZAÇÃO		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Francisco Mentzer da Silva 310102

DA CLÍNICA: NEUROLÓGICA

A CLÍNICA: CARDIOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA

AValiação RISCO CIRURGICO

CIRÚRGIA: TRM

ANESTESIA: GERAL



DATA: 25/04/18

Dr. Abimael Soares Rocha Neto
NEUROCIRURGIAO
CRM: 1226

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Id = 40c

Mag = 112/70 mmHg
Sa = 90/60 mmHg

ECG = normal

Baixe a pressão

procedimento cirúrgico

Dr. Antonio Vieira de Jesus
Cardiologista
CRM: 2135 - PI

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

DATA DE NASCIMENTO: <u>30/09/1985</u> Prontuário: 362079 CHEGAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		CHEGAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA	
Responsáveis: Cirurgião (ã), Auxiliar, Anestesta, Enfermeira (o) Instrumentador(a) e Circulante			
Identificação (SIGN-IN) Paciente: <u>Edna Maria Andrade Silva</u> Data de nascimento: ☒ Sim () Não Quantas horas? <u>13h00</u> () Não Chamado <u>Edna Maria Andrade Silva</u> () Sim () Não () Não se aplica Médico? () Sim () Não Anestesta? () Sim () Não Formados preenchidos e assinados: () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Não se aplica Técnica realizada (ficha no prontuário): () Sim () Não		Registros (CHECK-OUT) Procedimento realizado: Contagem das compressas correta? () Sim () Não () Não se aplica Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta? () Sim () Não () Não se aplica Contagem de agulhas correta? () Sim () Não () Não se aplica As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anátômico de origem; quantidade de amostras)? () Sim () Não () Não se aplica Registros completos no prontuário: Do procedimento intraoperatório () Sim () Não Do procedimento anestésico () Sim () Não Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados? () Sim () Não () Não se aplica Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritos? () Sim () Não Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim - Qual? <u>intensificador</u> () Não	
Confirmações (TIME-OUT) Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o): () Identificação do paciente (nome e data de nascimento) () Procedimento programado () Sítio Cirúrgico demarcado Placa de bisturi posicionada corretamente: () Sim () Não () Não se aplica A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? () Sim () Não () Não se aplica Antecipação de eventos críticos: Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista? () Sim - Qual?		DEPARTAMENTO DE SINOS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 A GO. 2010 GENTE SEGURANÇA Na Coelho de Resende das Lojas - Norte - 011-3064-1111 Equipe de anestesia: alguma preocupação específica com o paciente? () Sim - Qual? () Não Chegagem da equipe de enfermagem: Todos os instrumentais estão disponíveis? () Sim () Não Todos os instrumentais estão esterilizados? () Sim () Não Todos os equipamentos necessários estão disponíveis? () Sim () Não	
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONFERE COMO ORIGINAL EM <u>13/09/2010</u> Edna Maria Andrade Silva Cópia de Prontuário: DPVAT: 011-3064-1111		Instrumentador (a) <u>Miguel</u> Circulante <u>Subra</u> Anestesta <u>Ana</u> Enfermeira (a) <u>Enfermeira</u>	

NOME : FRANCISCO MENESES DA SILVA
MÉDICO : ABIMAEEL SOARES DA ROCHA NETO
NÚMERO : 659952 DATA : 27/04/2018
FATURA: 4654061



UDI
MEDICINA
DIAGNÓSTICA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

RELATÓRIO

TÉCNICA:

- Exame realizado em sequências de Spin-echo e Fast spin-echo ponderadas em T1, T2 e Gradiente, com e sem saturação de gordura, em corte multiplanares, sem infusão do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- Acentuação da cifose dorsal de aspecto pós-traumático.
- Fratura no corpo vertebral de T5 mais evidente na sua base a direita e pedículo vertebral direito caracterizado por edema ósseo e aumento de partes moles adjacente a lesão. Nota-se ainda retropulsão do muro póstero-inferior para o interior do canal vertebral, que comprime a face ventral da medula espinhal, determinando mielopatia de T5 a T6.
- Nota-se ainda protrusão discal mediana e paramediana direita em T5-T6.
- Formações osteofitárias anteriores em corpos vertebrais de T5 a T12.
- Demais corpos vertebrais, elementos dos arcos neurais e processos ósseos com morfologia córtico-esponjosas íntegras.
- Hipo-hidratação dos discos intervertebrais dorsais de T4-T5 a T8-T9.
- Nível T7-T8 abaulamento discal difuso, tocando a face ventral do saco dural, sem sinais de comprometimento radicular.
- Demais discos intervertebrais com espessuras e padrões internos de sinais normais.
- Articulações interapofisárias sem anormalidades.
- Neuroforames livres e apresentando conteúdos anatômicos.
- Dimensões ósseas do canal raqueano mantidas.
- Espaço liquórico intradural sem anormalidades.
- Restante da medula apresenta espessura e sinal de aspecto habitual.
- Moderado derrame pleural a direita.

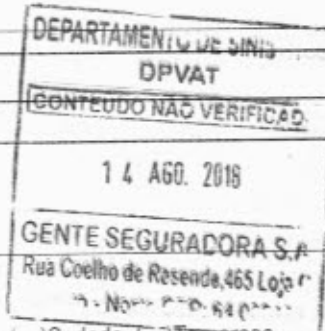


IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Acentuação da cifose dorsal de aspecto pós-traumático.
2. Fratura no corpo vertebral de T5 mais evidente na sua base a direita e pedículo vertebral direito caracterizado por edema ósseo e aumento de partes moles adjacente a lesão. Nota-se ainda retropulsão do muro póstero-inferior para o interior do canal vertebral, que comprime a face ventral da medula espinhal, determinando mielopatia de T5 a T6.

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETULIO VARGAS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM				DATA: <u>24/01/18</u> HORA: _____		
I - IDENTIFICAÇÃO						
Nome: <u>Francisco Menezes da Silva</u>				Data de Nascimento: <u>04/10/1977</u>		
Cidade de origem: <u>Barras - PB</u>						
II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL						
Religião/Crença: _____				2 ITÊNS POSITIVOS: ACIONAR SERVIÇO SOCIAL		
Profissão: <u>Professor</u>						
Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio (☒) Superior						
Barreira na comunicação: () Não () Sim						
Qual: _____						
Apresenta déficit: () Não (☒) Sim - Tipo: () Visual () Auditivo (☒) Motor						
() Outros: _____						
Transtorno mental: () Não () Sim						
Qual: _____						
III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)						
(☒) Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes melitus () Cardiopatias () Câncer						
() Tabagismo (☒) Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: _____						
Alérgia () Sim (☒) Não Qual: _____						
Faz uso de medicamentos? () Não () Sim						
NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO
						ACIONAR FARMACEUTICO
Resultados de exames (vindo com o paciente): () Não () Sim Quais: _____						
IV - EXAME FÍSICO						
a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS						
Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____						
Dor: () Não () Sim, Localização: _____						
Características: _____						
b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
(☒) Consciente (☒) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso						
ESCALA DE COMA GLASGOW: <u>15</u>						
c) ASPECTO EMOCIONAL: (☒) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico						
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual: _____						
d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS						2 ITÊNS POSITIVOS ACIONAR A NUTRICIONISTA (Atenção nutricional)
Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)						
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia Obesidade mórbida III (IMC>50Kg/m2)						
() Não se aplica						



e) CABEÇA

Couro Cabeludo: () Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações: _____
Face: () Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas
Nariz: () Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () Epistaxe
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Reativa () Areflexivas () Mioticas () Midríaticas
() Puntiformes () Médias
Olhos: () Normal () Hemorragia () Ictericia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
() Processo inflamatório/infeccioso
Ouvidos: () Normal () Otorrágica () Lesão Outros: _____
Boca: () Sem anormalidades () Cáries () Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: () Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico
() Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM
() Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi
Ausculta: Murmúrio vesicular () Presente () Diminuído () Ausente
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tossa
Tipo: _____
Alterações: _____

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: () Normal () Diminuída () Cianose Outros: _____
Ausculta cardíaca: () Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular
Acesso Venoso: () Sim () Não Qual: _____
Faz uso de marcapasso: () Sim () Não Há quanto tempo: _____

DEPARTAMENTO DE SINUS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda 1
Distrito de São Paulo - SP

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen: () Flácido () Tense () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido
() Timpânico () Doloroso
Ruídos Hidroaéreos: () Ausente () Presente, tipo: () Hiperativos () Hipocativos
Estomias: () Não () Sim Qual: _____
Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: () Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia
Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcialmente
Eliminações Intestinal: () Normal () Constipação () Diarreia () Melena () Enterorragia () Obstipação

i) MÚSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: () Sem auxílio () Com auxílio. Qual dispositivo? () Muleta () Andador
Utiliza prótese/órtese? () Não () Sim Tipo: _____
Sensibilidade: () Não () Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade? _____
Déficit motor: () Não () Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito
() Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia
Tonicidade: () Rígida () Flácida () Direita () Esquerda
Imobilização: () Não () Sim Lateralidade? _____
Movimenta os quatro membros: () Sim () Não Risco de queda: () Sim () Não

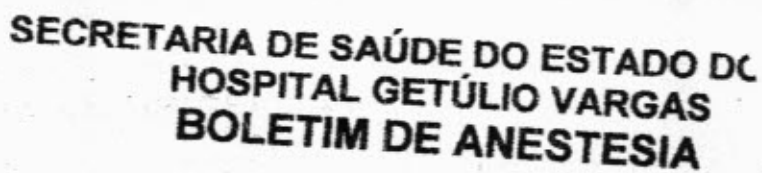
ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR PARESIA
E/OU HEMIPARESIA

j) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: () Íntegra () Desnutrida () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Ictericia () Edema
() Lesionada Local: _____ Escala de Braden: _____ Risco de pele
lesão por pressão: () Sim () Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()

k) APARELHO GENITOURINÁRIO

Urinar: () Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fraída
Dispositivo Urinar: () Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia
Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Poliúria () Anúria () Hematúria
Padrão de Sono: () Bom () Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmantes: () Não () Sim



DATA
08.05.18
PRONTI
362079

PACIENTE		PRONTUÁRIO	
Francisco Mendes da Silva		362079	
PROCEDIMENTO		IDADE	DATA
FC		40	1
PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA
		ALTURA	CREATININA
		OUTROS	

OXIGÊNIO
 SEVOFLURANO
 G F R
 50 5% 50 0,5% RINGER
 H P
 COLOIDE PLÁSMIA CAS DE TRANSFUSÃO
 SaO₂(%)
 EtCO₂
 220
 200
 180
 160
 140
 120
 100
 80
 60
 40
 20
 BLOS
 RESE

Técnica Anestésica

Observações:

INACTIO

21

DISPATCH

☒ ECG☐ PVC

Oxigênio

5

☐ PAN

Capnógrafo

☐

GASES

6/min

Início

2

Oxigênio

1990

0.000

Ar Medici

— *Journal of the American Medical Association*

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	
trópina	

MEDICAMENTOS UTILIZ	
Atropina	Amp
Adrenalina	Amp
Água dest. 10ml	Amp
Cipro 500mg	Fras
Cefazolina 1g	Amp
Clonidina	Amp
Colóide ()	Fras
Dexametasona	Amp
Diazepam	Amp
Dimorf	Amp
Dipirona	Amp
Dobutamina	Amp

Dopamina		Amp
Dormonid		Amp
Efortil		Amp
Efedrina		Amp
Fentanil (la/cons)		Amp
Fentanil (frasco)		Fras
Sevoflurano		Ml
Hidrocortisona		Fras
Isoflurano		Ml
Manitol		Fras
Metronidazol		Fras
Narcan		Fras

Neostigmina		Amp
Nitride		Amp
Noradrenalina		Amp
Neocaina	0,5% Penciclovir	Amp
Neocaina	0,5% Ibuprofen	Amp
Omeprazol		Fras
Pancurônio		Amp
Profenid		Amp
Propofol		Fras
Protamina		Amp
Queficin		Fras
Quetamina		Fras

Remifentanil	
Renitidina	
Ringer-Lactado	
Sufentanil	
S. Fisiológ. 0,9%	
S. Glicosado 5%	
Tracrium	
Transamin	
Novabupi 0,5 v	
Lidocaina 2% v	

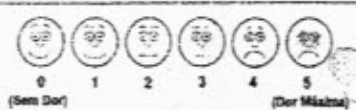
10D. 90 - HGV

Anesthesiologist: CRM

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE: <u>Fernandes da Silva</u>		ALERGIA A:	
DATA: <u>08/05/18</u>	HORÁRIO DE ADMISSÃO: <u>13:05</u>		
CIRURGIA REALIZADA: <u>Artroscopia de joelho</u>			
TIPO DE ANESTESIA: <u>geral</u>			
SINAIS VITAIS	HORÁRIOS		
P.A.	ADMISSÃO	15'	30'
F.C./PULSO	<u>125/92 (67)</u>		
TEMPERATURA	<u>80</u>		
OXIMETRIA	<u>98%</u>		
		45'	60'
		<u>Saida S.O.</u>	<u>14:21</u>
		<u>78</u>	
		<u>98%</u>	

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DA ESCORE DA DOR
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	<u>1</u>	☐	<u>2</u>	
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	<u>2</u>	☐	<u>2</u> (muito mto)	CONTROLES
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 1	<u>2</u>	☐	<u>2</u>	OXIGENOTERAPIA ()
CIRCULAÇÃO (PA) 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	<u>2</u>	☐	<u>2</u>	PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ()
SpO2 Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO2 > 90% em O2 = 1 Mantém SpO2 < 90% em O2 = 0	<u>2</u>	☐	<u>1</u>	SONDA NASOGÁSTRICA ()
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS			<u>9</u>	SONDA NASOENTERAL ()

RESPIRAÇÃO: Profunda ou tosse livremente = 2
Limitada, dispnéia = 0
Apnéia = 1

CIRCULAÇÃO (PA): 20% do nível pré-anestésico = 2
20 - 49% do nível pré-anestésico = 1
50% do nível pré-anestésico = 0

SpO2: Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente = 2
Mantém SpO2 > 90% em O2 = 1
Mantém SpO2 < 90% em O2 = 0

TOTAL DE PONTOS: 9

APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS

RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM: Dr. Hugo H. Silva

AValiação de enfermagem: K: 4h Encaminhado à UTI-2, por artroscopia de joelho, torácica via posterior sob anestesia geral. Condição estável, paciente acordado, orientado, pulso, um pouco de dor, sem náuseas. AUP em 3h.

15:45 Depois que paciente aguarda anestesia na S.O.P., insatisfeito com o procedimento.

Entregue: ☒ EX. LABORATORIAIS ☐ RX ☐ RECEITA MÉDICA ☐ ATESTADO MÉDICO ☐ F. NÃO PADRONIZADO

Encaminhado a: ☒ UTI ☐ RX ☐ ENFERMARIA ☐ EXTERNO



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

Paciente: FRANCISCO MENESES DA SILVA
Prontuário: 362079 Atendimento: 640240
Dt. Nasc.: 04/10/1977 Idade: 40a 6m 23d Sexo: M
Pedido: 94992 Data Pedido: 25 de Abril de 2018
Médico Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO
Setor Solicitante: CL. MEDICA
Unid. Internação / Leito: CL. MEDICA / CM 301
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

CREATININA.....: 0,70 mg/dl

Re - HGV

Método: Enzimático

Valores de Referência:
de 0,4 a 1,3 mg/dl

JOSEFA NILZA FERNANDES NETA
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM



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

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA**
Prontuário: **362079** Atendimento: **640240**
Dt. Nasc.: **04/10/1977** Idade: **40a 6m 23d** Sexo: **M**
Pedido: **94992** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. MEDICA**
Unid. Internação / Leito: **CL. MEDICA / CM 301**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

UREIA: : 53,00 mg/dl

Método: Colorimétrico
Valor de Referência:
10 a 30 mg/dl



JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS



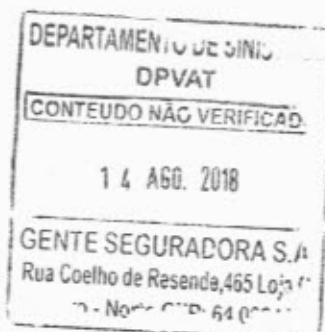
HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA**
Prontuário: **362079** Atendimento: **640240**
Dt. Nasc.: **04/10/1977** Idade: **40a 6m 30d** Sexo: **M**
Pedido: **94992** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. MEDICA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

UREIA:.....: 53,00 mg/dl

Exatidão: Método: Enzimático Valor de Referência:
10 a 30 mg/dl




JOSEFA NILZA FERNANDES NETA
1790

GETULIO VARGAS



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

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA**
Prontuário: **362079** Atendimento: **640240**
Dt. Nasc.: **04/10/1977** Idade: **40a 6m 30d** Sexo: **M**
Pedido: **94992** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. MEDICA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

GLICEMIA

RESULTADO.....: 71,00 MG/DL

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO
MATERIAL: SORO/PLASMA




JOSEFA NILZA FERNANDES NETA
1790

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



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

Neuro

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA**

Prontuário: **362079**

Atendimento **640240**

Dt. Nasc.: 04/10/1977

Idade: 40a 6m 22d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: **98536**

Data Pedido: 25/04/2018

Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**

Setor Solicitante: **CL. MEDICA**

Unid. Internação / Leito: **CL. MEDICA / CM 301**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.03.015-3**

Data do Laudo: 26/04/2018

RADIOGRAFIA DE TORAX

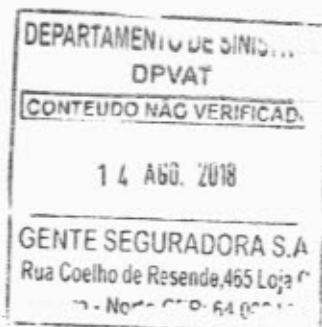
RELATÓRIO:

O estudo radiológico do tórax realizado na incidência PA demonstra:

- Campos pulmonares com transparência normal.
- Seios costofrênicos livres.
- Mediastino sem alterações.
- Área cardíaca dentro dos limites da normalidade.

CONCLUSÃO:

O estudo radiológico do tórax evidencia campos pleuro-pulmonares de transparência normal.



CARLOS AUGUSTO MOURA FE

1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONF. ORIGINAL



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

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA**
Prontuário: **362079** Atendimento: **640240**
Dt. Nasc.: **04/10/1977** Idade: **40a 6m 30d** Sexo: **M**
Pedido: **94992** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. MEDICA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,00 min.

Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

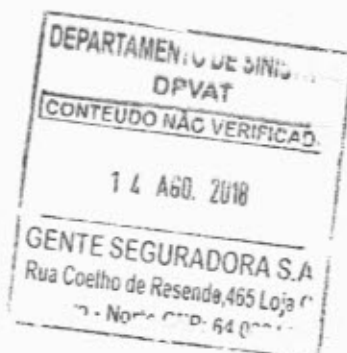
Tempo de Coagulação.....: 6,00 min.

Método: Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVO

Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL




JOSEFA NILZA FERNANDES NETA
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL



Sr (a) : FRANCISCO MENESES DA SILVA
Idade : 40 anos (04/10/1977)
Dr (a) : ABIMAEEL SOARES DA ROCHA NETO
Endereço Ho: NEURO/310/02
Convenio : HGV

Data da O.S. : 25/04/2018 - 12:19:07
Número da O.S. : 016-64763-331
Impresso em : 03/05/2018 - 11:28:47

TEMPO DE PROTROMBINA-TAP

Material: Plasma com citrato

Coleta: 25/04/2018

Liberação: 25/04/2018

Método: Automação OPTION 2 PLUS/BioMerieux

INR 1,00
ATIVIDADE ENZIMÁTICA 100,00 %
TEMPO DO PACIENTE 14,00 s

Valores de Referência: Atividade...: 70 - 100%

Tempo.....: 14,0 s

Valor de referencia obtido após determinação da Curva de Atividade

Protombinica\\n(Reta de Thivolle), a partir de um plasma de referencia, diluido adequadamente

*Novo valor de referência a partir de 05/01/2018

Anteriores:

Nota: NOTA IMPORTANTE

RECOMENDAÇÕES DOS LIMITES TERAPEUTICOS DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL:

INR

INDICAÇÃO	Valor Alvo	Valor Limite
Profilaxia do tromboembolismo venoso.....:	2,5	2,0 - 3,0
Tratamento de trombose venosa profunda.....:	3,0	2,0 - 4,0
Prevenção de embolia na fibrilação atrial, doença cardíaca valvular ou válvulas biológicas; Embolismo sistêmico recorrente. Protese valvular.:	3,5	3,0 - 4,5

Exame assinado eletronicamente por: José Ribamar C. Júnior - CRF-PI-670



ASSINATURA DIGITAL

2C0B4DDC31F9E931C4103124A131F8

Roberto Vasconcelos
CRF-PI-514

Responsável Técnico



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

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA**
Prontuário: **362079** Atendimento: **640240**
Dt. Nasc.: **04/10/1977** Idade: **40a 6m 30d** Sexo: **M**
Pedido: **94992** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. MEDICA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Valores

Unidades

Hemácias em milhões/ml.....: **4,77**
Hemoglobina em g/dl.....: **15,50**
Hematócrito em %.....: **47,00**
Vol. Glob. Média em u3.....: **98,53**
Hem. Glob. Média em uug.....: **32,49**
C.H. Glob. Média em %.....: **32,98**

OBS:

LEUCOGRAMA

Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: **5.770**
Promielocitos.....: **0,00**
Mielocitos.....: **0,00**
Metamielocitos.....: **0,00**
Bastões.....: **0,00**
Segmentados.....: **63,00**
Eosinófilos.....: **2,00**
Basófilos.....: **0,00**
Linfócitos.....: **25,00**
Monócitos.....: **10,00**

OBS:

Plaquetas.....: **232.000 mm/3**

OBS:



JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

1790

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL



Sr (a) : FRANCISCO MENESES DA SILVA
Idade : 40 anos (04/10/1977)
Dr (a) : ABIMAEEL SOARES DA ROCHA NETO
Endereço Ho: NEURO/310/02
Convenio : HGV

Data da O.S. : 25/04/2018 - 12:19:07
Número da O.S. : 016-64763-331
Impresso em : 03/05/2018 - 11:28:47

ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (TGO)**60 U/L**

Material: Soro

Coleta: 25/04/2018

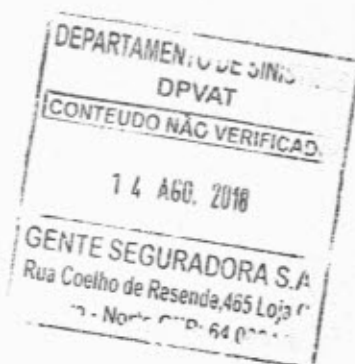
Liberação: 25/04/2018

Método : Química Seca - Johnson & Johnson

Valores de Referência: Mulheres: De 14 a 36 U/L

Homens: De 17 a 59 U/L

Exame assinado eletronicamente por: Fernando Chaves de Sousa - CRF-PI-830

ASSINATURA DIGITAL
2C0B4DDC31F9E931C4103124A131F8
Roberto Vasconcelos
CRF-PI-514

Responsável Técnico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 17/04/2018 14:44:56

HOSPITAL DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA		Prontuário: 473938	
Mãe: RAIMUNDA MENESES DA SILVA		Pai:	
End.Resid.: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000			
Nascimento: 04/10/1977	Idade: 40a:6m:13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-94124-909
Responsável: FRANCINEIDE		CNS: 708802781695710	
Profissão: PROFESSOR		Documento: CPF: 755.125.303-30	
G. Instrução: Superior Completo		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660571	Data: 17/04/2018 14:44:56	Clas. Cor: Indefinido
tivo da Procura: DOR NO PEITO/TÓRAX		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 17/04/18 16:30	ESPECIALISTA: F.M.T
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Dor, queda de peso Ex Muco- sangüíneo crônico	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: 17/04/18 16:30

TC coluna torácica - lesão tipo "C" T8 com
deformidade costal, retrocurvada

OT = Intervenções
devido à compressão

Antonio Carlos Sousa
Neurocirurgião
Coordenador do Serviço
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 17/04/18 16:30	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
DEPARTAMENTO DE SINUS... OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 AGO. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: 17/04/18 16:30

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO MENEZES DA SILVA (Prontuário: 475938)
Endereço: RUA JOSE DE FIBAMAR PEREIRA N. 31 - RIQUELMEIRO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Data de Nascimento: 04/10/1977 Idade: 40a 6m 13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento:
Requisição: 630415 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Contrato: 1027278 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

CD. SIA: 0208010336

T.C. DE COLUNA TORÁCICA

Data Exame:

TÉCNICA: Foram realizado através da aquisição helicoidal de 10 mm de espessura com incremento de 10 mm.
- PNEUMOTORAX A DIREITA.
- PEQUENO HEMOTORAX A DIREITA.
- FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL DE T5, COM FACETA PRESA A DIREITA E
DESALINHAMENTO ANTERIOR-POSTERIOR DOS CORPOS VERTEBRAIS.
- HERNIAÇÃO DORSAL.

TERESINA

TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-9 CRM-PI: 24124
Endereço: Rua Coelho de Resende, 465 Loja 11

DEPARTAMENTO DE SINIS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 ABO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 11
- Nº 64 000



LAUDO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO VENESES DA SILVA (Prontuário: 473938)
Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N. 130 - P. 1 - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Data Exame: 17/04/2018 Idade: 40s 6m 13s Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 50571
Prescrição: 830476 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Outro: 702727 Convenio: SUS

RELATÓRIO

cd. SIA: 0206010028

T.C. DE COLUNA LOMBAR

Data Exame: 17/04/2018

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE L1 AO SACRO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE OSSEAS CONSERVADAS
- CORPOS VERTEBRAIS, LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS, SEJA DIFUSA OU LOCALIZADA

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-51 CRM-PI 0241
Prof. Especialista em Radiologia





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
CLÍNICA DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE FRANCISCO MENESSES DA SILVA		PRONTUÁRIO 362079	DN/IDADE 04/10/1977 - 40 ANOS	SEXO M	INTERNAÇÃO 24/2018	ENFERM 310	LEITO 02
DIAGNÓSTICO ATUAL ARTRODISE TORACO-LOMBAR (P.O)		DATA 14/05/2018		MÉDICO ASSISTENTE DR. ABIMAEEL			
COMORBIDADES, ALERGIAS, RISCO DE QUEDAS E RISCO DE LPP:				Nº DO ATENDIMENTO 640.240			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES			
01	DIETA LIVRE						
02	SF 0,9% 500ML 01 FRASCO EV 12/12 H						
03	CURATIVO F.O						
04	RANTIDINAS 25MG/ML EV 12/12 H						
05	DIPRONA 1G/2ML 2ML EV 6/6 H - DILUIR em 18ML AD. INFUNDIR LENTAMENTE						
06	GLICEMIA CAPILAR e ACM						
07	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA						
08	BROMOPRIDA 10MG/2ML 2ML EV 8/8 H - DILUIR 2ML em 18ML AD. INFUNDIR LENTAMENTE						
09	HEPARINA 5000UI-0.25ML 1AMP SC 8/8 H - SOMENTE após RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS.						
10	DEXAMETASONA 4MG/5ML 1ML EV 1 X DIA						
11	PA +TPR 6/6 H						
Dr. Abimael Soares Rocha Neto NEUROCIRURGIÃO CRM: 1938 Alb Longhi e Outros Dr. Abimael Soares Rocha Neto NEUROCIRURGIÃO CRM: 1938							
MOD. 09-HGV							

SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
640240

FRANCISCO MENESES DA SILVA

Idade:
40 Anos 6 Meses 20 Dias

Sexo: M

Prontuário:
362079

RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA

Número:
130

Bairro:
PIQUIZEIRO

Cidade:
BARRAS

DT. Nasc:
04/10/1977

Profissão:
PROFESSOR (A)

Telefone:
86 - 9491.7452

CPF:
755.125.303-30

Cartão SUS:
708802781695710

Admissão:

Alta

14/05/18

às

Permanência:

20 dias

Diagnósticos:

CID Principal::

5 2 2 0

CID Secundário:

V 2 9 9

CID Causa Morte:

Situação na Admissão:

Acid. B. Lenc. +
Pouco evol. B. H. não evol.
em meio inf. direto

Evolução e Situação na Alta:

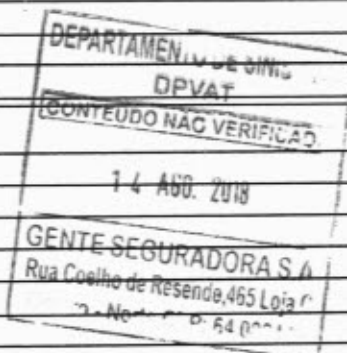
Acid. B. Lenc. Pouco evol. B. H. não evol.
em meio inf. direto

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: 08/05/18 Tipo:

Artroscopia de coto de tornante +
Laminectomia

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:



Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☒ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Abimael Soares Rocha Neto
NEUROCIRURGIÃO
CRM: 1986

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

NOME : FRANCISCO MENESES DA SILVA
MÉDICO : ABIMAEI SOARES DA ROCHA NETO
NÚMERO : 659952 DATA : 27/04/2018

FATURA: 4654061



3. Espondilose dorsal
4. Nota-se ainda protrusão discal mediana e paramediana direita em T5-T6.
5. Nível T7-T8: abaulamento discal difuso sem sinais de comprometimento radicular.
6. Moderado derrame pleural a direita.

Achados adicionais: Aparentes múltiplos traços de fraturas nos arcos costais a direita do 5º ao 8º, podendo ser melhor avaliado com tomografia do tórax.



Digit.: LUKAS

..DigiWeb..



FRANCISCO MENESES DA SILVA

Data do Estudo: 2018-05-08

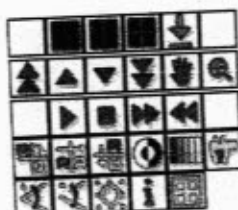
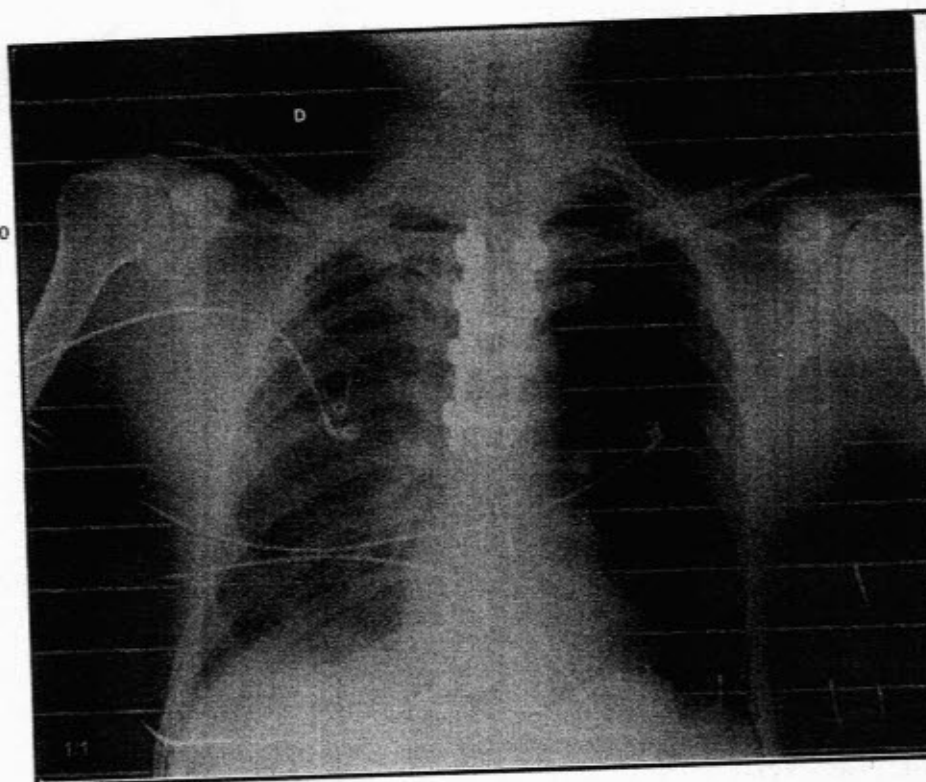
ID do Paciente: 362079

ID do

Estudo: 2018050820280400

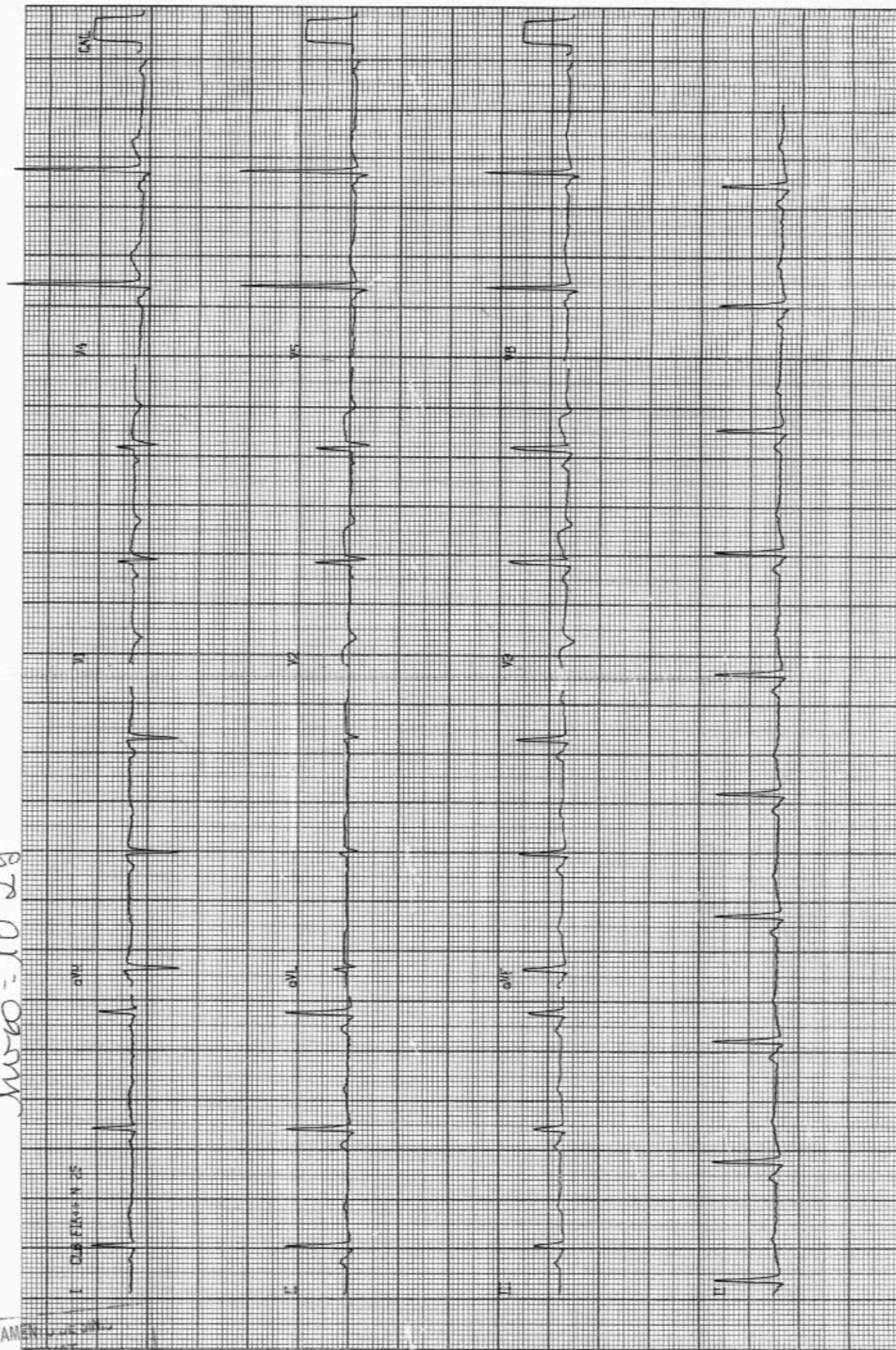
Study Description::

Serie	Descrição
1001	



410 ano

1000-1026



DEPARTAMENTO DE
DPVAF

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2018

Siemens HDt 1.5T HDX1HDt
Ex: 10200
Se: 4
In: 1
OSag R19.9

UDI 24 HDX1HDt
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018
11:56:28
Mag = 1.0

S 187
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018
Mag = 1.0

S 187
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018

ET:22

FSE-XL/90
TR:4000
TE:115/EF
EC:1/1 31.2kHz
BCIL234/FL:ip*
FOV:37x37
3.5MHz/0.3sp
16x02:119
304x234/3.00 NEX
FCI/SI:SL/PP/TR/SFF

Ex: 10200
Se: 4
In: 1
OSag R19.9
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Ex: 10200
Se: 4
In: 1
OSag R12.3
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Ex: 10200
Se: 4
In: 1
OSag R12.3
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Ex: 10200
Se: 4
In: 0
OSag R4.7

S 187
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018
Mag = 1.0

S 187
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018
Mag = 1.0

S 187
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018

Ex: 10200
Se: 4
In: 0
OSag R4.7

Ex: 10200
Se: 4
In: 0
OSag R4.7
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Ex: 10200
Se: 4
In: 0
OSag R4.7
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Ex: 10200
Se: 4
In: 0
OSag R4.7
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Ex: 10200
Se: 4
In: 9
OSag L10.5

S 187
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018
Mag = 1.0

S 187
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018
Mag = 1.0

S 187
Rec Num: 4654061
Francisco MENESSES DA SILVA
DOB: 04 out. 1977
27 Abr. 2018

Ex: 10200
Se: 4
In: 9
OSag L10.5

Ex: 10200
Se: 4
In: 9
OSag L10.5
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Ex: 10200
Se: 4
In: 9
OSag L10.5
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Ex: 10200
Se: 4
In: 9
OSag L10.5
M = 430 L = 215
W = 918 L = 475

Signa HDxt 1.5T HDXTHDXT
Ex: 10200
Se: 5
Ia: 1
OSag R19.9

ET:3

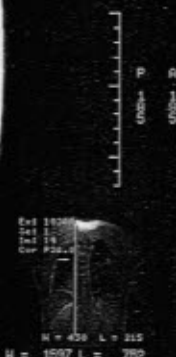
UBA-1

FSE-TL/50
TR:917
TE:10.4/67
EC:1/1 31.2kHz
6CTL234/FI.sp+
FOV:37x37
3.5kHz/0.3sp
16/02:20
3940224/2.00 NEX
FCF/SL/SLAP/1RF/5FF

FRANCISCO

UDI 24 HORAS
Rec Num:4654061
M 40Y 699932
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
11:59:37
Mag = 1.0

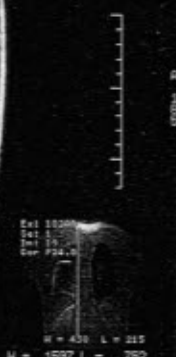
Ex: 10200
Se: 5
Ia: 2
OSag R15.1



FRANCISCO

Rec Num:4654061
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
Mag = 1.0

Ex: 10200
Se: 5
Ia: 3
OSag R12.3



FRANCISCO

Rec Num:4654061
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
Mag = 1.0

Ex: 10200
Se: 5
Ia: 3
OSag R12.3



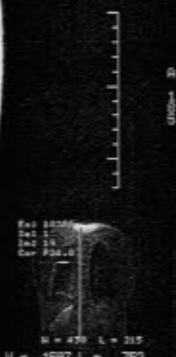
Ex: 10200
Se: 5
Ia: 5
OSag R4.7

UBA-1

FRANCISCO

Rec Num:4654061
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
Mag = 1.0

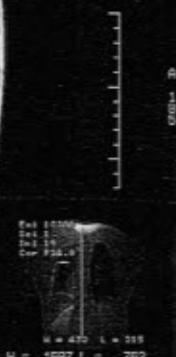
Ex: 10200
Se: 5
Ia: 6
OSag R0.9



FRANCISCO

Rec Num:4654061
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
Mag = 1.0

Ex: 10200
Se: 5
Ia: 7
OSag L2.9



FRANCISCO

Rec Num:4654061
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
Mag = 1.0

Ex: 10200
Se: 5
Ia: 7
OSag L2.9



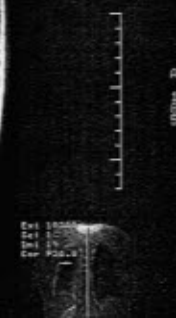
Ex: 10200
Se: 5
Ia: 9
OSag L10.5

UBA-1

FRANCISCO

Rec Num:4654061
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
Mag = 1.0

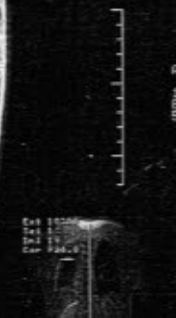
Ex: 10200
Se: 5
Ia: 10
OSag L14.3



FRANCISCO

Rec Num:4654061
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
Mag = 1.0

Ex: 10200
Se: 5
Ia: 11
OSag L18.1



FRANCISCO

Rec Num:4654061
DOB: 04 out 1977
27 Abr 2018
Mag = 1.0

Ex: 10200
Se: 5
Ia: 11
OSag L18.1



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7349 - Em: (24/04/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
212463	473938	FRANCISCO MEENESES DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 216	EXTRA 002	MARCUS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS			
Evolução:	Diagnóstico/Comorbidades:								
Hora:	TMM-FRATURA DE T5								
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h			() ()	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD	14 ^h 14 ^h 14 ^h	
3	TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML. DILUIR EM 100ML DE SF 0,9% E FAZER LENTAMENTE	2,00	Ampola	EV	ACM		SF 0,9%		
4	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP 0,25ML	1,00	Ampola	Subcutá	8/8h			12 ^h 12 ^h 12 ^h	
5	RANITIDINA 150MG	1,00	Comprim	Oral	12/12h			18 ^h 18 ^h 18 ^h	
6	ÓLEO MINERAL PURO 15G/100ML	20,00	mL	Oral	8/8h			12 ^h 12 ^h 12 ^h	

Observações Gerais:

FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS REGULARES / CUIDADOS GERAIS / NEUROCHECK 2/2 H / CABECEIRA A 30° / MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H



BRUNO NUNES
Assistente Social

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Francisco Menezes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.540.659 DATA DE 30.05.94
DESCRIÇÃO
NOME FRANCISCO MENESES DA SILVA

PROVAÇÃO Raimundo Antonio da Silva
Raimunda Menezes da Silva

Barras-Pi. 04.Out.1977
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Nasc.9.214 fls 24 liv 8-A
exp em Barras Pi.03.02.79

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCO MENESES DA SILVA

Nº de inscrição
755125303-30

Data do Nascimento
04/10/77



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Francisco Menezes da Silva

FRANCISCO MENESES DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: 02/09/

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO.

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1º
- Nº 000-64 (0000)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

NOME
MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

FILIAÇÃO
LUIS PROCEDOMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

Assinatura do Emissor
ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO
PI320021300

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
No. 64