

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2019
DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

500.185

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/07/17

NOME

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

FILIAÇÃO

JULIANA FERREIRA DA SILVA

JOSÉ FERREIRA DE AQUINO

NATURALIDADE

REGENERAÇÃO-PI

DATA DE NASCIMENTO

29/08/1962

DOC. ORIGEM

CERT.CASAM. 1008 L 14 F 228V

CPF

EXP REGENERAÇÃO-PI 26/07/84

221.438.583 - Francisco das Chagas Pinheiro Martins

1363055

Polícia Civil

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Raimundo Nonato da Silva
1363055

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PA Nº 014199475180
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 0081250352-0 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

ISABEL ALVES DA SILVA E SOUZA

CPF / CNPJ 393.926.782-15 PLACA DLL9637

PLACA ANT. / UF BAJ336NL539807625

ESPECIE TIPO FSP/CAMIONETE/AB CAE DUP COMBUSTIVEL DIESEL

MARCA / MODELO I/TOYOTA HILUX 4CDK SRV ANO FAB. 2003 ANO MOD. 2003

CAP / POT / CIL 5P/114CV/0CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1º PAGO *

FAIXA LIVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO *

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 26/07/2018

SIM RESERVA DE DOMÍNIO OBSERVAÇÕES
R1X08:2 CC:0.0 CMT:0.0 PRT:0.0 OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL XINGUARA-PA DATA 01/08/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PA Nº 014199475180 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/08/18

VIA 01 CPF / CNPJ 393.926.782-15 PLACA DLL9637

RENAVAM 0081250352-0 MARCA / MODELO I/TOYOTA HILUX 4CDK SRV

ANO FAB. 2003 CAT. TARIF. 10 Nº CHASSI BAJ336NL539807625

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 19,50 DENATRAN (R\$) 2,17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 21,67

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,18 TOS LAB. PRO. (R\$) 47,65

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.808/0001-04

0705698 DA 001 00069

CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

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 de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

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 de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTROPLASTIA).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO PARA O QUADRIL ESQUERDO.

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 de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTROPLASTIA).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO PARA O QUADRIL ESQUERDO.

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 de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Raimundo Yo Nato da Silva BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Casado PROFISSÃO Lavrador CI RGN. * 500185 CPF/MF
Nº 221438583-53 RESIDENTE E DOMILIADO (a) A
RUA Poleado - Patombura
CIDADE DE Jardim do Maratão - PI
ESTADO PI CEP 64495000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.384.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE BLESSAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susap.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Original - Piauí - PI de 29 de Novembro de 2018

+ Raimundo nato da Silva

OUTORGANTE

CO CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Reconheço a(s)

assinatura
de Raimundo
Nato da Silva - PI

Angical do Piauí (PI) 29/11/2018

Marta Oliveira da Silva Freitas
Analista Judiciário



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015065/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

CPF: 221.438.583-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

RAIMUNDO NONATO DA SILVA : 221.438.583-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: ANTONIO PACHECO MATOS JUNIOR
CPF: 026.397.273-97

ANTONIO PACHECO MATOS JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015065/19

Número do Sinistro: 3190032832

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

CPF: 221.438.583-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032832

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 10/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032832

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 10/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001122-3

Conta: 000010005754-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032832

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 10/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001122-3

Conta: 000010005754-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DA-MIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **0015065/19** IPR da vítima: **221438583-53** Nome completo da vítima: **Raimundo Nenato da Silva**

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

Nome completo: **Raimundo Nenato da Silva** CPF: **221438583-53**
Profissão: **Carreador** Endereço: **Rua do Pilameira** Número: **51N** Complemento: **Zona Rural**
Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Jardim do Mulato** Estado: **RJ** CEP: **64.495-000**
E-mail: **Represbu@pe** Tel (DDD): **8699981/6008**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1132** **3** CONTA: **5454** **1**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo exposto, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ou direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Jardim do Mulato RJ 02/01/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Nenato da Silva
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura **DPVAT**

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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

050 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000392/2018-87

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 07/12/2018 - 12:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA VICINAL DE REGENERAÇÃO NO POVOADO CARNAUBA, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

10/03/2018 - 09:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

RG: 500185 SSP PI

Mãe: JULIANA FERREIRA DA SILVA

Paí: JOSÉ FERREIRA DE AQUINO

Endereço: POVOADO PITOMBEIRA, Nº S/N

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: JARDIM DO MULATO

Tipo Envolv.: VITÍMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - TOYOTA, Hilux Cab. Dupla

2003 DLL9637

8AJ33GNL539807625

00812503520

Prata

Condutor: IZIDORO JOSÉ DE SOUSA NETO

RG: 477.681 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO CARNAUBA Número: S/N Complemento:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: ISABEL ALVES DA SILVA E SOUZA

End: POVOADO CARNAUBA Número:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante compareceu a esta delegacia de polícia civil, para comunicar um acidente de trânsito, ocorrido em uma estrada vicinal do Mulato do Piauí; o notificante estava sendo conduzido em um veículo já mencionado; que ao passar sobre um buraco o notificante foi arremessado para fora do veículo e o notificante veio a fraturar a perna esquerda, ou seja, o fêmur esquerdo; relata o notificante que ao cair foi levado para o hospital de São Pedro, examinado pelo médico de plantão, ficando assim internado. Diante do exposto pede providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 0096920-0

RAIMUNDO NONATO DA SILVA - Notificante

Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000392/2018-87

Delegado de Polícia



Gregório Luiz de Sousa
Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 009692-0

Raimundo Manoel da Silva

J CORRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2019
DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DA-MIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **0015065/19** IPR da vítima: **221438583-53** Nome completo da vítima: **Raimundo Nenato da Silva**

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

Nome completo: **Raimundo Nenato da Silva** CPF: **221438583-53**
Profissão: **Carreador** Endereço: **Rua do Pilameira** Número: **51N** Complemento: **Zona Rural**
Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Jardim do Mulato** Estado: **RJ** CEP: **64.495-000**
E-mail: **Represbu@re** Tel (DDD): **8699981/6008**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1132** **3** CONTA: **5454** **1**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo exposto, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ou direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Jardim do Mulato RJ 02/01/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

14 JAN 2019

DPVAT



OPERADOR DO SISTEMA - FRANCISCA CARDOSO

DATA E HORA - 10/03/2018 11:58:39

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

029098.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUARIO:51401 NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA NASC:29/04/1962
RAÇA:099 IDADE: 55 Anos, 10 Meses e 10 Dias.
SEXO:M TELEFONE MOVEL:??? TELEFONE FIXO:(86)3280-1244
CEP: 64495-000 MUNICIPIO (RESID): JARDIM DO MULATO UF:PI IBGE: 2205250
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO:JARDIM DO MULATO UF: PI
ENDEREÇO:PITOMBEIRA - nº 0 BAIRRO: ZONA RURAL
CNS: RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: JOSE FERREIRA DE AQUINO
NOME DA MÃE: JULIANA FERREIRA DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORICO CLINICO:

trauma contuso em punho / 10x0 6

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura

TRATAMENTO SOLICITADO:

1) Redução em 20 mg + AD EV 12.35

** Fratura do pé direito 6*
Regulagem



[Handwritten signature]

POLÍCAR

DANILO AIELAN S. LUCENA
CRM 6826 PI

[Handwritten signature]
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01122-3

CONTA: 000010005754-3

Nr. da Autenticação C75E89A24549AC2A

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: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01122-3

CONTA: 000010005754-3

Nr. da Autenticação 100276471E4E37F5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.748/0001-00 | Inscrição Estadual: 10.301.283-5
Nota Fiscal / Carta de Energia Eletrônica - Selo B-1
Regime Especial de Impostos Autorizado pela SEINF 04/99

Nº da Nota Fiscal

A Nota Fiscal de Energia Eletrônica - TEEEL criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2018	28/11/2018	80	TOTAL A PAGAR	73,97
---------------	------------	----	---------------	-------

REGINA LUCIA DA SILVA
PV PITOMBEIRA S/M PITOMBEIRA
CPF: 00000831051310
CEP: 64.495-000 - JARDIM DO MILATO

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	522	Atual:	22/10/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	19/12/2018
Consumo em kWh:	80	Consumo em kWh:	20/11/2018
Consumo Medido:	80	Consumo Medido:	21/11/2018
Consumo Padrão:	NORMAL	Consumo Padrão:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Residência:	MONO	Endereço:	2133478
Tipologia:	1.1.1.1	Modelo T3:	95

HISTÓRICO DE CONTAS		CONSUMO	
OUT/18	83	CONSUMO	80 A 11/11/2018 - 64,01
SET/18	77	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSP)	6,91
AGO/18	69	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 09/18-00	0,43
JUL/18	71	MULTA POR ATRASO 09/18-00	1,38
JUN/18	112	JUROS POR ATRASO 09/18-00	0,64
MAY/18	17	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,55
ABR/18	20	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,19
MAR/18	36		
FEV/18	33		
JAN/18			

TARIFA SEM TAXAS:
0 A 00 - 0,5000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES / PLANO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora multa a ser paga de 12 meses de atraso em 12 parcelas de 0,50 cada uma.
10/2018	85,98	

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

RESERVAÇÃO AO FISCAL C54B.E49C.03CF.03A7.2F69.EE1C.B169.FD1C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,17	Imposto de Renda:	64,61
Energia:	25,02	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,93	Valor do ICMS:	14,21
Emissão:	3,98	Valor do PIS:	0,76
Tributos:	18,51	Valor do COFINS:	3,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,06 16,12 32,23 4,59 9,19 18,37 4,44
0,00 0,00 0,00 0,00

89/2018 24,20

Eletrobras Distribuição Piauí		SEU CÓDIGO 0745940-8	TOTAL A PAGAR - R\$ 73,97
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ: 06.748/0001-00 Inscrição Estadual: 10.301.283-5		MES FATURADO 11/2018	VENCIMENTO 28/11/2018
		Nº da Nota Fiscal: 013929908	FCAH

836300000000 4 73970017000 7 000000000745 0 94081118008 9



SEQ.: 00097 UC: 0745940-8 DT. LEIT.: 21/11/2018 T. ENTR.: 02
LEITURA: 602 NORMAL TOTAL: 73,97 CARGA: 002
DT. VENC.: 28/11/2018 Nº de Coleção: 000000000745

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

TMA S.A.
Rua José de Figueiredo, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 06.421.425/0004-08 - F.E.: 194445835
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

ETIM BLACK

R\$ 149,32

VENCIMENTO

25/12/2018

EMISSÃO: 07/12/2018

POSTAGEN: 17/12/2018

FATURA: 3613257115

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACCESS: 116 99999-3007

DEBITO AUTOMÁTICO: 000000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/NOV A 06/DEZ

	Serviços TIM S.A.	VALOR
	Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
	CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,22
	CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,48
	OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 2,63

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Vantagens que seu plano oferece					189,99
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	1	30	07/11 a 06/12	-50,00
Desconto Oferta TIM Pós C Plus	-	8/12	30	07/11 a 06/12	139,99
Subtotal					Incluído
10 GB de Internet	10GB	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
Minutos locais e DDD com 40	limitado	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Music	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Banca Virtual	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Backup 30GB	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a
 comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite
www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

INFORMAÇÕES	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	PONTUEL	R\$ 0,72	R\$ 0,26	Informações Complementares - Prêmios e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
		R\$ 108,05	R\$ 32,40					Incluídas na(s) Plan(a)
INFORMAÇÕES								
RENTES	30%							
PREFÓRNEIS - Serviços de Telecom	3,65%							Franchising R\$ 137,49
PREFÓRNEIS - Serviços de Telecom	4,68%							SVA R\$ 52,59
PREFÓRNEIS - Serviços de Telecom	5,12%							Descontos Franchising R\$ -36,16
								Descontos SVA R\$ -13,82

Em atendimento à Lei 12.731/2012,
As contribuições ao FUST (1%) e PONTUEL (0,26%) não são repassadas às tarifas

14 JAN 2019

DE SEGUROS

14 JAN 2019



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
DEZ/2018

DATA DE EMISSÃO
07/12/2018

DATA DE VENCIMENTO
25/12/2018

VALOR
R\$ 149,32

DA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

3452600001 - 2

Г49320109011-2

040361325711 - 6

50121536776-1



OPERADOR DO SISTEMA - FRANCISCA CARDOSO

DATA E HORA - 10/03/2018 11:58:39

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

029098.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUARIO: 51401 NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA NASC: 29/04/1962
RAÇA: 099 IDADE: 55 Anos, 10 Meses e 10 Dias.
SEXO: M TELEFONE MOVEL: ??? TELEFONE FIXO: (86) 3280-1244
CEP: 64495-000 MUNICIPIO (RESID): JARDIM DO MULATO UF: PI IBGE: 2205250
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: JARDIM DO MULATO UF: PI
ENDEREÇO: PITOMBEIRA - nº 0 BAIRRO: ZONA RURAL
CNS: RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: JOSE FERREIRA DE AQUINO
NOME DA MÃE: JULIANA FERREIRA DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORICO CLINICO:

trauma com fratura da perna / 10x2 6

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura

TRATAMENTO SOLICITADO:

1) Tenoxicam 20 mg + AD EV 12:35

** Fratura com pino 6*
Regulagem

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2018
DPVAT

[Assinatura]

POLEGAR

DANILO AISLAN S. LUCENA
CRM 6826 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@saopedro.pi.gov.br
www.saopedrodopiaui.pi.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 23/03/18

REGISTRO:

ENF: 09

LEITO: 28

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Raimundo Norato da Silva

Sintra:

ITEM	Ficha com fimul + Gordros	SENTA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Dietas oral bionda			
2	Alco gelinizado			
3	Dipirona 500mg - 01 comp + AD 6/6h		18 24 06	
4	Paracetamol - 1 comp 6/6h			
5	Tilofil 1 comp + AD 12/12h		12 22	
6	SSNU + CC 6/6h			
Dra. Amanda Gois Médica CRM/PI: 7030				
CORRETORES DE SEGUROS				
14 JAN 2019				
OPVAT				

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO		2. CNES 2324199
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO		4. CNES 2324199

NOME DO PACIENTE: <i>Raimundo Nêto da Silva</i>		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5. PRONTUÁRIO 29039	7. CARTÃO NACIONAL SUS 29/04/62	8. DATA NASC 29/04/62	9. SEXO: M/F M
1. NOME DA MÃE: <i>Juliana F. da Silva</i>		10. DOCUMENTOS: RG	CPF
1. ENDEREÇO: <i>Povoado Pitauzeira</i>		10.2. NOME DO RESPONSÁVEL:	
13. MUNICÍPIO		12.2. BAIRRO <i>Zona Rural</i>	12.3. COMPLEMENTO
14. IBGE		15. UF	16. CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Trauma / queda</i> <i>Door em quadril / luxa @</i>	

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Acima</i>	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame clínico (Rx)</i>	
21. CID 10 PRINCIPAL <i>2039</i>	22. CID 10 SECUNDÁRIO
23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Outros procedimentos de urgência</i>		25. COD. DO PROCEDIMENTO 030106008.8
27. CARATER DA INTERNAÇÃO	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Paulo de Oliveira Lopes</i>	29. DATA SOLICITAÇÃO: 10/03/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)		31. ASS. E CARIMBO (INF. DO REG. DO CONSELHO)
33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE	35. Nº DO VOUCHER
36. CNPJ DA EMPRESA	39. CNAE EMPRESA	40. CBO
DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
43. () LEVE	44. () GRAVE	45. () GRAVÍSSIMA
NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL <i>Raimundo Nêto da Silva</i>		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

C.N.P.J: 06.554.810/0001-76

FICHA DE ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário 029098 Enfermaria: 09 Leito: 28

Nome: Raimundo Norato da Silva

Data de Nasc.: 10/03/2018 Sexo: 1 1. Masculino / 2. Feminino

Filiação: Pai: José Ferreira de Aguiar
Mãe: Juliana Ferreira da Silva

Endereço: Bitumbeira Bairro: Zoo
Cidade: Jardim do Mandato Estado: PI

ESPECIALIDADE DO LEITO

Clinica Médica: ☐ Obstetrícia: ☐ Psiquiátrica: ☐
Pediatria: ☐ Cirúrgica: ☐

IDENTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Data da Internação 10/03/2018 Hora: 12:00 Min.

ANAMNESE:

Queixa principal
HD: Fratura do pé direito

Ass. e carimbo do Médico Responsável



SÃO PEDRO DO PIAUÍ (PI), _____ DE _____ 20__

Prescrição Médica e Controle de Aplicação

DATA DA ADMISSÃO
12/05/2018

ENT

LEITO

2018-03-28

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

127 Franchise

9

Queste parole di Elisha

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM

No

4/10/10

~~Fraser~~ of the 11th Division.

① *Dipta circ. lives*

Feb 20 1914

③ Division - 2000 ft. at 1000, 6000

CCG + 91m

Manoel C. Almeida
Médico, M.D.
CRM - PI 1455

[illegible]

ENTREPRENEUR
CONSUMERPI 495.546

DATA: 2010312018

REGISTRO:

Enf: 25

LETO: 2-5

[illegible]

DATA: 19/03/2018

REGISTRO:

ENF: 0.9

LEITO: 27

NOME: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

[illegible]

2/5/21

DATA: 02/02/2018

REGISTRO:

ENF: 09,

LEITO: 22

6

6

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	# Fratura do colo da perna		
	1) Dole anal bna indo		
	2) pelo salmundo		
	3) Pipirina 500mg/100ml - 2mg + 40-50-60-60-60	18:24-06	
	4) Tramadol 20mg - 0,1mg + 40-50-12-12-12	10-12-12	
	5) Loperamide 50000 SI 12-12-12	10-12-12	
	6) 2000 + 5000		

DATA DA ADMISSÃO	ENF	LEITO
17/03/18	09	25

NOME DO PACIENTE: **Raimundo Roberto da Silva** PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
	* fratura colo fêmur		10:40 paciente evoluiu com constantes vitais estáveis, sem sinais de infecção, náuseas, vômitos, afecção do sistema urinário, boa aparência, hidratado, sem sinais de desidratação. Paciente em observação, com evolução satisfatória, aguardando melhoras para alta.
	Aguardando cirurgia		
	① Dieta amol branda		
	② Gelo localizado		
	③ Tapinha 1g + 100 ml de água	18:00	
	④ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑤ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑥ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑦ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑧ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑨ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑩ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑪ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑫ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑬ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑭ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑮ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑯ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑰ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑱ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑲ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑳ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉑ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉒ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉓ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉔ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉕ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉖ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉗ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉘ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉙ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉚ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉛ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉜ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉝ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉞ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉟ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊱ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊲ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊳ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊴ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊵ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊶ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊷ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊸ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊹ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊺ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊻ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊼ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊽ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊾ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊿ Trocar 120g + 1000 ml de água		

Francisco Monteiro da Silva
ENFERMEIRO
COLABORADOR

Prescrição Médica e Controle de Aplicação

Rua Leonidas Melo nº 2185 – São Pedro do Piauí

DATA DA ADMISSÃO	ENF	LEITO
17/07/18	09	24

Remarks No net to the fish

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
	* hefture colofimur		
	Aguenda Seidre		
	① Dista anal luerda		
	② Jelas Colmipudo		
	③ Dapinosa 10g + 1000 3x 10g	18/12/24	
	④ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑤ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑥ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑦ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑧ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑨ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑩ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑪ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑫ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑬ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑭ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑮ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑯ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑰ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑱ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑲ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	⑳ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉑ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉒ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉓ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉔ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉕ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉖ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉗ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉘ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉙ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉚ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉛ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉜ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉝ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉞ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	㉟ Tural 100g + 1000 3x 10g		
	0 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	1 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	2 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	3 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	4 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	5 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	6 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	7 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	8 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	9 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	10 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	11 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	12 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	13 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	14 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	15 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	16 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	17 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	18 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	19 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	20 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	21 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	22 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	23 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	24 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	25 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	26 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	27 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	28 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	29 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	30 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	31 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	32 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	33 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	34 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	35 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	36 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	37 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	38 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	39 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	40 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	41 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	42 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	43 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	44 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	45 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	46 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	47 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	48 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	49 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	50 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	51 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	52 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	53 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	54 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	55 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	56 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	57 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	58 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	59 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	60 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	61 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	62 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	63 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	64 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	65 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	66 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	67 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	68 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	69 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	70 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	71 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	72 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	73 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	74 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	75 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	76 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	77 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	78 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	79 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	80 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	81 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	82 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	83 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	84 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	85 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	86 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	87 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	88 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	89 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	90 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	91 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	92 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	93 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	94 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	95 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	96 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	97 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	98 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	99 Tural 100g + 1000 3x 10g		
	100 Tural 100g + 1000 3x 10g		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 13/03/18

REGISTRO:

ENF: 9

LEITO: 28

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: RUI MELO NUNES DA SILVA

ITEM	Horário	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Dieta oral branda		10:30h. pct. consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, diarreia ou prisão de ventre. Deambulando com auxílio de 1 auxiliar. Sono a repouso estável. Não tem dor opressiva. Aguardando sinais de regularização.
2) Ictico colini gots		
3) Digiprona 1mg + 0.66h		
4) Tisomadol 10mg 12h + 0.66h		
5) Tilatil 10mg 12h + 0.66h		
6) SSW + csg 6.66h		

Dra. Amanda Gots Médica

PMPI-2018

Jonas Alves Cardoso
COREN - PI 484.457
Enfermeiro

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N - SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

NOME: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	HD: FRATURA DE COLO DE FÊMUR		#08.30. Pt segue conforme, constantes respirações espontâneas, ínfima, dia de VO decto, diurese presente. em
1	Dieta oral branda		
2	Jeico salinizado		
3	Dipirona 500 mg/ml, 1 amp + AD, EV, 6/6 h	12.18.24.06	queiros e sob cuidados. Causada de
4	Tramadol, 1 amp, EV, lento, até de 6/6 h, se dor intensa	9.30.24.06	sem de sequelas. Brenda Figueiredo
5	Tilatil 1 amp, EV, 12/12 h	10.22.24.06	#09.30. Realizado limpo e em recuperação, com SP e class de
6	CCGG + SSVV 6/6 h	12.18.24.06	Brenda Figueiredo

Brenda Fajardo

Enfermidade

COREN-PT-99978

2 lbs. @ 1.10 x 80 mm by —
CUREN-PL 99978

AGUARDANDO SENHA

de Oliveira

02/27/2011

3619 16-6135

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ -- PI, CEP: 64430-000

REGISTRO:

ENC: 02

LETO: 2017

NOME:

E: Reinhold Neufeld der Finan-

[illegible]

Francisco Monteiro
ENFERM AGS-SAG
COREN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 13/03/18

REGISTRO:

ENF: 09

LEITO: 26

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Raimundo Azeite de Siqueira

ITEM	AF	Exatidão	A col	de	pressão	E	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1.								40140. P+ resaca colorida, com muita injeção, olhos, diátese, diátese, diátese, na presença. com queixas algélicas no abdômen. Brenda Figueiredo
2.								asth: 84 = 120 x 90 x 120
3.								20 50 vacante (vaga) com muita, com 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, na presença, com a presença de tubos. com tubos no abdômen.
4.								20 50 vacante (vaga) com muita, com 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, na presença, com a presença de tubos. com tubos no abdômen.
5.								20 50 vacante (vaga) com muita, com 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, na presença, com a presença de tubos. com tubos no abdômen.
6.								20 50 vacante (vaga) com muita, com 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, na presença, com a presença de tubos. com tubos no abdômen.
7.								20 50 vacante (vaga) com muita, com 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, 400, na presença, com a presença de tubos. com tubos no abdômen.

DATA: 2011/01/01

REGISTRO:

END

LETO: 88

6

NONE

ITEM	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	08:30	Pct segue calma, consciente, respiração espontânea, distal VO audível presente. Cuidando de higiene da sargento. Deixando com Brenda. Brenda. Enfermeira COREN 49
2	10:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
3	12:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
4	14:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
5	16:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
6	18:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
7	20:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
8	22:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
9	00:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
10	02:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
11	04:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546
12	06:30	PA - 120/80 mmHg 93% saturação, auscultar, crepantes, consciente, calma, sem alteração de 70ml/min, impulso de urina presente, aceto de urina negativa. Pct segue calma Francisco Monteiro da Silva ENFERMEIRO COREN 49 455.546

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: Fernando Novato da Silva

ITEM	ORARIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1. Fatura do penar ⑤		11.03.18
2. Dieta emuf baseada les proadica		09.33. Paciente com quadro clínico de fna
3. Amino vcrno 500mg/ml		Amo do vcrno de 500ms ⑤, Ref. Ague consi
4. Dipirona 500mg/ml - 2ml + AD 5V 6/6 h	10h 20	1.10, 4.10, 10.10, 11.10, 12.10, 13.10, 14.10, 15.10, 16.10, 17.10, 18.10, 19.10, 20.10, 21.10, 22.10, 23.10, 24.10, 25.10, 26.10, 27.10, 28.10, 29.10, 30.10, 31.10, 1.11, 2.11, 3.11, 4.11, 5.11, 6.11, 7.11, 8.11, 9.11, 10.11, 11.11, 12.11, 13.11, 14.11, 15.11, 16.11, 17.11, 18.11, 19.11, 20.11, 21.11, 22.11, 23.11, 24.11, 25.11, 26.11, 27.11, 28.11, 29.11, 30.11, 1.12, 2.12, 3.12, 4.12, 5.12, 6.12, 7.12, 8.12, 9.12, 10.12, 11.12, 12.12, 13.12, 14.12, 15.12, 16.12, 17.12, 18.12, 19.12, 20.12, 21.12, 22.12, 23.12, 24.12, 25.12, 26.12, 27.12, 28.12, 29.12, 30.12, 31.12, 1.13, 2.13, 3.13, 4.13, 5.13, 6.13, 7.13, 8.13, 9.13, 10.13, 11.13, 12.13, 13.13, 14.13, 15.13, 16.13, 17.13, 18.13, 19.13, 20.13, 21.13, 22.13, 23.13, 24.13, 25.13, 26.13, 27.13, 28.13, 29.13, 30.13, 31.13, 1.14, 2.14, 3.14, 4.14, 5.14, 6.14, 7.14, 8.14, 9.14, 10.14, 11.14, 12.14, 13.14, 14.14, 15.14, 16.14, 17.14, 18.14, 19.14, 20.14, 21.14, 22.14, 23.14, 24.14, 25.14, 26.14, 27.14, 28.14, 29.14, 30.14, 31.14, 1.15, 2.15, 3.15, 4.15, 5.15, 6.15, 7.15, 8.15, 9.15, 10.15, 11.15, 12.15, 13.15, 14.15, 15.15, 16.15, 17.15, 18.15, 19.15, 20.15, 21.15, 22.15, 23.15, 24.15, 25.15, 26.15, 27.15, 28.15, 29.15, 30.15, 31.15, 1.16, 2.16, 3.16, 4.16, 5.16, 6.16, 7.16, 8.16, 9.16, 10.16, 11.16, 12.16, 13.16, 14.16, 15.16, 16.16, 17.16, 18.16, 19.16, 20.16, 21.16, 22.16, 23.16, 24.16, 25.16, 26.16, 27.16, 28.16, 29.16, 30.16, 31.16, 1.17, 2.17, 3.17, 4.17, 5.17, 6.17, 7.17, 8.17, 9.17, 10.17, 11.17, 12.17, 13.17, 14.17, 15.17, 16.17, 17.17, 18.17, 19.17, 20.17, 21.17, 22.17, 23.17, 24.17, 25.17, 26.17, 27.17, 28.17, 29.17, 30.17, 31.17, 1.18, 2.18, 3.18, 4.18, 5.18, 6.18, 7.18, 8.18, 9.18, 10.18, 11.18, 12.18, 13.18, 14.18, 15.18, 16.18, 17.18, 18.18, 19.18, 20.18, 21.18, 22.18, 23.18, 24.18, 25.18, 26.18, 27.18, 28.18, 29.18, 30.18, 31.18, 1.19, 2.19, 3.19, 4.19, 5.19, 6.19, 7.19, 8.19, 9.19, 10.19, 11.19, 12.19, 13.19, 14.19, 15.19, 16.19, 17.19, 18.19, 19.19, 20.19, 21.19, 22.19, 23.19, 24.19, 25.19, 26.19, 27.19, 28.19, 29.19, 30.19, 31.19, 1.20, 2.20, 3.20, 4.20, 5.20, 6.20, 7.20, 8.20, 9.20, 10.20, 11.20, 12.20, 13.20, 14.20, 15.20, 16.20, 17.20, 18.20, 19.20, 20.20, 21.20, 22.20, 23.20, 24.20, 25.20, 26.20, 27.20, 28.20, 29.20, 30.20, 31.20, 1.21, 2.21, 3.21, 4.21, 5.21, 6.21, 7.21, 8.21, 9.21, 10.21, 11.21, 12.21, 13.21, 14.21, 15.21, 16.21, 17.21, 18.21, 19.21, 20.21, 21.21, 22.21, 23.21, 24.21, 25.21, 26.21, 27.21, 28.21, 29.21, 30.21, 31.21, 1.22, 2.22, 3.22, 4.22, 5.22, 6.22, 7.22, 8.22, 9.22, 10.22, 11.22, 12.22, 13.22, 14.22, 15.22, 16.22, 17.22, 18.22, 19.22, 20.22, 21.22, 22.22, 23.22, 24.22, 25.22, 26.22, 27.22, 28.22, 29.22, 30.22, 31.22, 1.23, 2.23, 3.23, 4.23, 5.23, 6.23, 7.23, 8.23, 9.23, 10.23, 11.23, 12.23, 13.23, 14.23, 15.23, 16.23, 17.23, 18.23, 19.23, 20.23, 21.23, 22.23, 23.23, 24.23, 25.23, 26.23, 27.23, 28.23, 29.23, 30.23, 31.23, 1.24, 2.24, 3.24, 4.24, 5.24, 6.24, 7.24, 8.24, 9.24, 10.24, 11.24, 12.24, 13.24, 14.24, 15.24, 16.24, 17.24, 18.24, 19.24, 20.24, 21.24, 22.24, 23.24, 24.24, 25.24, 26.24, 27.24, 28.24, 29.24, 30.24, 31.24, 1.25, 2.25, 3.25, 4.25, 5.25, 6.25, 7.25, 8.25, 9.25, 10.25, 11.25, 12.25, 13.25, 14.25, 15.25, 16.25, 17.25, 18.25, 19.25, 20.25, 21.25, 22.25, 23.25, 24.25, 25.25, 26.25, 27.25, 28.25, 29.25, 30.25, 31.25, 1.26, 2.26, 3.26, 4.26, 5.26, 6.26, 7.26, 8.26, 9.26, 10.26, 11.26, 12.26, 13.26, 14.26, 15.26, 16.26, 17.26, 18.26, 19.26, 20.26, 21.26, 22.26, 23.26, 24.26, 25.26, 26.26, 27.26, 28.26, 29.26, 30.26, 31.26, 1.27, 2.27, 3.27, 4.27, 5.27, 6.27, 7.27, 8.27, 9.27, 10.27, 11.27, 12.27, 13.27, 14.27, 15.27, 16.27, 17.27, 18.27, 19.27, 20.27, 21.27, 22.27, 23.27, 24.27, 25.27, 26.27, 27.27, 28.27, 29.27, 30.27, 31.27, 1.28, 2.28, 3.28, 4.28, 5.28, 6.28, 7.28, 8.28, 9.28, 10.28, 11.28, 12.28, 13.28, 14.28, 15.28, 16.28, 17.28, 18.28, 19.28, 20.28, 21.28, 22.28, 23.28,

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 10/03/18

REGISTRO:

ENF. 09

LEITO: 318

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Raimundo Norato da Silva

O aguardando do Junho

ITEM	HORARIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
# Fratura do fêmur ⑤		P.A. 50x50 mm de
① Dito onof braçade tipo medice		13:40h paciente admitido, fratura do osso metacarpiano com quadro de fratura de osso do fêmur em
② Acesso venoso centralizado		de fratura. Acompanhamento de fêmur
③ Depirone 500 mg/inf - 2inf + AD 5V 6/6h	18:00h	de fratura. Acompanhamento de fêmur
④ Taxotum 20mg - 0.1 PM + AD 5V 12/12h	12:00h	de fratura. Acompanhamento de fêmur
⑤ Heparina NF 5000 UI/inf - 1inf SC 12/12h	18:00h	de fratura. Acompanhamento de fêmur
⑥ Tramadol 80 mg/inf - 2inf + 100 mg 5x 0.9x 6V A eu	18:00h	de fratura. Acompanhamento de fêmur
⑦ cefb 4 500		de fratura. Acompanhamento de fêmur

Jonas Alves Barbosa
COREN - PI 484 457
Enfermeiro

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 10/03/18 HORA: 13:40h Nº DOTELEFONE: 3280 - 1244

Gene { ID: 19944
AUT: 171881863

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Dr. Danilo

CRM: 5406

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Norberto da Silva

Data de Nascimento: 29/04/62 Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: _____

HDA: Queda / Trauma coxa (E)

HD: Fratura do fêmur CID: _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tem: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: 140 x 80 mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

() Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação (especificar)
() Curativo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clinica/Posto: _____ Senha: _____



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471 604

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, 696 - Redenção Fone: 35 3229 1672
 TERESINA-PI CEP: 63017 770 CNPJ: 05.522.917/0022 02



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 23/03/2018 18:59:13

DADOS DO PACIENTE:

User: PMS/CAPI

Estação: KRONOS/02

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA		Prontuário: 471604	
Mãe: JULIANA FERREIRA DA SILVA	Pai: JOSE FERREIRA DE AQUINO		
End.Resid.: NÃO INFORMADO - CENTRO - JARDIM DO MULATO		PI CZP: 64495-000	
Nascimento: 29/08/1962	Idade: 55a:7m:22d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99483-9997
Responsável: O MESMO	CNS: 122956703670004		
Profissão:	CPF: 221.438.583-53 * RG: -		
G. Instrução: Superior Incompleto	E.Civil: Casado(a)		
End.Local: -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 656713	Data: 23/03/2018 18:54:55	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Tipo de Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Trajetória?: Não	Tipico: Não	CID Secundário:

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Acidente - queda de altura -
 com E deprimida no dorso (E)

RA: Fratura Transversária da Coluna (E)

em cirurgia.

PA ☒ mmHg Pulso: FC: bpm Resp.: ☐

Diagnóstico Inicial:

Fratura (E)

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO

DATA **23/03/2018**

Técnico: **[Assinatura]**

ALTA:

- () Melhorado () Administrativa
 () Curado () Por Indisciplinada
 () Não melhorado () Por Evasão
 () A Pedido

- () Retornar à Unid. Origem:
 () Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: :

ÓBITO:

- () Até 24 hs () Família
 () De 24 a 48 hs () IML
 () Após 48 hs () Anat. Patol.

DESTINO:

- () Internação na Unidade
 Proced. Solicitado: **5721**
 CID Compatível:

Prof. Solicitante
 Internação:

Sandra Alves de C.D

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	RAIMUNDO NUNO DA SILVA	PRONTUÁRIO	471604
DA CLÍNICA	OTI pediá	LEITO	
A CLÍNICA	Endo do f-2		

MOTIVO DA CONSULTA

→ Paciente a Trauma 1 / fêmea
em fêmea.

AValiação RISCO CIRÚRGICO

26/03/2018

DATA:

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente aguarda correção cirúrgica de fratura de quadril esquerdo. Apresenta: Odontológico Reforço trauma do quadril direito em 1997, com implante do postero do quadril em 2014. Galo gista. Não hipertensão, diabetes ou asma. Reforço abriga à tetraciclina e a merociclina. Não há tosse ou cefaleia. Não acidente vascular cerebral.

Bom estado geral, consciente, orientado, eufórico. FC: 65 bpm, PA: 120x76 mmHg. CR: bulhas normofonéticas, ritmo regular em 2 tempos, sem sopros. CP: murmúrio vesicular fisiológico, sem ruído adventício. Membros com edema. Pulsos radiais simétricos. Pulsos poplíteos reduzidos à direita. Pulsos dorsais do pé esquerdo (corrigido direito) e tibial posterior direito, palpáveis. Membros sem edema.

→ ECG: sinusoidal (FC: 65 bpm), PR: 140 ms, AQRS: 60°, QRS e ST-T sem anormalidades. → glicemia capilar 125 mg/dl (at: 05 de 26/3/18) → hemoglobina: 14 g/dl creatinina: 1,1 mg/dl

→ Conclusão: no risco

DATA: 26/3/2018 - 21:10

Albano - CRM-PI 2653

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



NOME DO USUÁRIO: Valmirado Novato da Silva
 PRONTUÁRIO: 471604
 D. NASCIMENTO: 14 NT
 CLÍNICA: 15h - Pct. segue com antecedente físico e eufórico. Aceita dieta por VO. Eliminação fisiológica de e normais. Realiza ECG. Segue sem queixas.
 MEDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE: Medicina
 OBSERVAÇÕES: Segue sem queixas.
 ALERGIAS: PENICILINA
 HORÁRIO: 5h
 DATA: 14/05/2014
 NOME DO MÉDICO: DR. Valmirado Novato da Silva
 CRM: 15185
 NOME DO USUÁRIO: Valmirado Novato da Silva
 PRONTUÁRIO: 471604
 D. NASCIMENTO: 14 NT
 CLÍNICA: 15h - Pct. segue com antecedente físico e eufórico. Aceita dieta por VO. Eliminação fisiológica de e normais. Realiza ECG. Segue sem queixas.
 MEDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE: Medicina
 OBSERVAÇÕES: Segue sem queixas.
 ALERGIAS: PENICILINA
 HORÁRIO: 5h
 DATA: 14/05/2014
 NOME DO MÉDICO: DR. Valmirado Novato da Silva
 CRM: 15185

MÉDICO/CRM:

Enfermeira
CODEN: S00077

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

[illegible]

0620140

MEDICAL

Mar-007

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATORIO – SRPA

NOME <u>Raimundo Renato da Silva</u>	IDADE <u>55</u> anos	DATA <u>29/03/2018</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>13</u> hs <u>10</u> min	TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA		CIRURGIÃO
SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>136/59</u>	<u>129/78</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>51</u>	<u>60</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>—</u>	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>—</u>	
NOME/MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Allyone</u>

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

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:10 Admitido no SRPA em pós de tto cirúrgico para fratura em quicidil @. Sob efeito do meque. Consciente, calmo, eufórico, respirando ar ambiente sem queixas. maca

ASS. M. Aparecida Coutinho
COREN-PA 20057 - ENF

RAIO-X REALIZADO
DATA 29-3-2018
Técnico Carla

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

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

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

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

Nº LAUDO: 61853
 AIH: 2218100174609

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
 5828856

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

CNES
 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 12956703670034	NOME DO PACIENTE RAIMUNDO NONATO DA SILVA	NASCIMENTO 29/08/1962	SEXO M	PRONTUÁRIO 271004
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8649970033	NOME DA MÃE JULIANA FERREIRA DA SILVA	RESPONSÁVEL SANDRA ALVES DE CARVALHO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE 80
BAIRRO BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO JARDIM DO MUIATO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
 FRATURA TRANSROCANTERIANA DO FÊMUR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
 CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
 ANAMNESE - EX FÍSICO - CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S72.1 - FRATURA PERTROCANTERICA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
 0608032632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSROCANTERIANA

LEITO/CLÍNICA
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

CARÁTER
 URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO
 23/03/2018

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
 CPF: 84435121387

CRM:

DATA ADMISSÃO
 23/03/2018 18:54

DATA ALTA
 30/03/2018 10:00

MOTIVO ALTA
 MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO) FABRIENNE CARILHO DA SILVA PIRAJÁ CPF: 2017147334 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Jorge Luiz Lima Dias de Souza CPF: 84435121387 CRM: 11777 ORIGINAL
DATA ANÁLISE 23/03/2018 20:42:14	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente			WILSON NOBRE DA SILVA		
Diagnóstico pré-operatório			EMT. LOCO DO RUM (t) 22005		
Operação - Tipo			FIBROEDEMOMA e 2 DERMÓIDES		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador		Anestesiologista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
29/03/8					
Diagnóstico pré-operatório				OBS. para fazerem remedições de uso e justificativa	
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
*NAO TEMOS P. CANCER					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO					
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
(1) DRR (2) ASSERIA (3) CAUROS (4) MESSO LITERO (5) DRR e (7) DERMÓIDES MURCER (6) FIRM (7) DRR					



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1823 - Redenção - Fone: 86 3219 5445

TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA (Prontuário: 471604)**
 Endereço: **POV PINTONBEIRA - CENTRO - JARDIM DO MULATO - PI CEP: 64495-000**
 Nascimento: 29/08/1962 Idade: 55a10m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656713
 Requisição: 824063 Solicitação: 23/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1019885 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 23/03/2018

BACIA PA

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

- Prótese metálica no quadril direito.
- Interlinhas articulares preservadas.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 17/07/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Pinto 1820 - Redenção - Fone: 06 3216 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022 00

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 471604)
Endereço: **POV PINTONBEIRA - CENTRO - JARDIM DO MULATO - PI CEP: 64495-000**
Nascimento: 29/08/1962 Idade: 55a7m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 21C785
Requisição: 825395 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1021438 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080080

Data Exame: 29/03/2018

QUADRIL ESQUERDO

O estudo radiológico do quadril esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no colo femoral esquerdo fixada com dois parafusos metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Carla Simplicio Lima Da Silva Souza
CRM PI 1341
ORIGINAL



NEUROCENTRO

Nome: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**
Convênio: **J SAUDE (P.R.)**
Solicitante: **Dr(a) MÉDICO NÃO INFORMADO**
Código: **292000.01 RG 500185 ssppi**

Idade: **56 anos**
Sexo: **Masculino**
Data: **20/08/2018 10:40**
CPF: **22143858353**

RX DA COXA DIREITA

RELATÓRIO:

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Status pós-artroplastia no quadril direito, com fixação de prótese metálica no terço proximal do fêmur e de parafusos metálicos na diáfise proximal / média do fêmur.

Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Status pós-artroplastia no quadril direito, com fixação de prótese metálica no terço proximal do fêmur e de parafusos metálicos na diáfise proximal / média do fêmur.

Osteopenia.




Pedro Augusto Martins Pedreira Junior
CRM-2834



NEUROCENTRO

Nome: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**
Convênio: **J SAUDE (P.R.)**
Solicitante: **Dr(a) MÉDICO NÃO INFORMADO**
Código: **292000.01 RG 500185 ssppi**

Idade: **56 anos**
Sexo: **Masculino**
Data: **20/08/2018 10:40**
CPF: **22143858353**

RX DA COXA ESQUERDA

RELATÓRIO:

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Status pós-intervenção cirúrgica para tratamento de fratura no colo femoral esquerdo, fixada com parafusos metálicos.

Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas.

Espaço articular fêmoro acetabular esquerdo preservado.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Status pós-intervenção cirúrgica para tratamento de fratura no colo femoral esquerdo, fixada com parafusos metálicos.

Osteopenia.


Pedro Augusto Martins Pedreira Junior
CRM-2854





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do exame: 12/04/2018

Id Paciente: 383621

Data do laudo: 23-04-2018

Raio X de Bacia

- Controle evolutivo de osteossíntese do colo femoral esquerdo com parafusos metálicos.
- Artroplastia do quadril direito.
- Partes moles sem particularidades.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

