

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190562542 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.  
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO OMBRO DIREITO. P7  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA DIREITA. P20  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros         | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 30 %      | R\$ 4.050,00          |

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

|                                          |                        |                         |
|------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| NOME: Erick Ronielson Rodrigues de Moura |                        |                         |
| RG: 3.874.361                            | ORG. EMISSOR: SSP/PI   | D. EXPEDIÇÃO: 11/06/18  |
| CPF: 071.184.76307                       | ESTADO CIVIL: Solteiro | PROFISSÃO: Estudante    |
| ENDEREÇO: Conj. Bom Sucesso A E          |                        | Nº: 002                 |
| COMPLEMENTO: casa                        | BAIRRO: colorado       |                         |
| CIDADE: Teresina                         | ESTADO: PI             | CEP: 64083130 TELEFONE: |

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

|                                  |                        |                          |
|----------------------------------|------------------------|--------------------------|
| NOME: Nelly Foz de Sousa Marques |                        |                          |
| RG: 4-119.262                    | ORG. EMISSOR: SSP/PI   | D. EXPEDIÇÃO: 13/09/14   |
| CPF: 840.173.173.91              | ESTADO CIVIL: Solteira | PROFISSÃO: Recepcionista |
| ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro      |                        | Nº: 544                  |
| BAIRRO: Centro Norte             | CIDADE: Teresina       | UF: PI CEP: 64000235     |

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Erick Ronielson Rodrigues de Moura

Data do acidente de trânsito: 01/07/19

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí 29/07/2019

x Erick Ronielson Rodrigues de Moura

6º OFÍCIO

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

**Cartório 8º Ofício de Notas de Teresina**

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELA INTERNA

CNPJ: 32.282.740/0001-08 - CNIS: 79881

AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 23, ITAIPARE - IM 17, TERESINA - PIAUÍ, TEL: (86) 38867-9428

EMITIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ERICK RONIELSON RODRIGUES D. DA VERDADE

NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TESTAMENTO

TERESINA - 29/07/2019 10:40:16

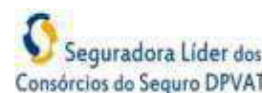
AAH13641 - IG4E CONSULTE EM [www.tpijus.br/bortalestra](http://www.tpijus.br/bortalestra)

JOÃO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE

RS 3 95 T, RS 5 77 NR, RS 0 10 940 RS 0 26 TOM, RS 4 98



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340807/19

**Vítima:** ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

**CPF:** 071.184.763-07

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 01/07/2019

**Titular do CPF:** ERICK RONIELSON  
RODRIGUES DE MOURA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA : 071.184.763-07

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



---

**Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190562542**

**Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA**

**Data do Acidente: 01/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA**

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, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190562542

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 4.050,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 3389

Conta: 0000046010-5

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.184.763-07 4 - Nome completo da vítima: Erick Ronielson Rodrigues de Moura

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

5 - Nome completo: Erick Ronielson Rodrigues de Moura 6 - CPF: 071.184.763-07  
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rm. Bom Sucesso Q-E Lm-004 9 - Número: 004 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Colorado 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64083-130  
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6545

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 460105

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PE 27/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**CAIXA**  
POUPANÇA

6277 8017 6954 1255

6277

VALIDO ATÉ

10/24

ERICK RONIELSON R MOURA

3389 013 00046010-5

8100



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003368/2019-06

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 03/09/2019 - 10:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

550801

Data/Hora  
01/07/2019 - 09:00

Tipo Local  
VIA PÚBLICA

Município  
TERESINA

Endereço  
AV. FREI SERAFIM C/ RUA MATO GROSSO, Nº:  
Complemento

Bairro  
CENTRO

Ponto de Referência  
COLEGIO CEV

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3874361 PI

Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA

Pai: RONILSON SOUZA DE MOURA

Endereço: QD-E, CS-04, RESID. BOM SUCESSO, Nº

Bairro: COLORADO

Cidade: TERESINA

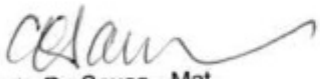
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

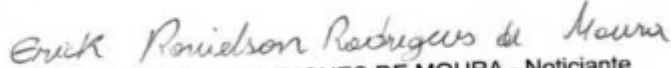
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN MIX ES, PLACA NUM-9066-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 00252260546, PROP. DE LEONARDO RODRIGUES MAGALHÃES JUNIOR, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA MATO GROSSO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 515584). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

  
Cláudio Costa De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POL

  
ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Luccy Katko Leal Parafba  
Delegado Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 071.184.763-07 3 - CPF da vítima: 071.184.763-07 4 - Nome completo da vítima: Erick Ronielson Rodrigues de Moura

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

5 - Nome completo: Erick Ronielson Rodrigues de Moura 6 - CPF: 071.184.763-07  
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Bom Sucesso Q-E Lote 004 9 - Número: 004 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Colorado 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64083-130  
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 46010 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 27/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado

01 N° do chamado 0047 02 Data do chamado 01/07/2019 03 PRO (código) 29103 04 Saída do PA 930 05 Chegada ao local 930  
06 Saída do local 1010 07 Chegada ao 1° hospital 1011 08 Saída do 1° hospital 09 Chegada ao 2° Hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço Av. Frei Serafim 18 Muro velho 11 Bairro 12 Município-UF Código IBGE  
13 Ponto de referência Oposto Curv

Dados do Paciente

14 Nome Eric Hamilton Rodrigues de Moura 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado  
16 Idade 44 anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança  
1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado  
Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 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 - Nenhum  
24 Sinais Vitais Pulso 90 Resp. 16 PA 150/90 TAX. 90% SatO2 98%  
25 Local da lesão  
26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Escala de Dor de 0 a 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino HU1 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito

Hospital de Destino

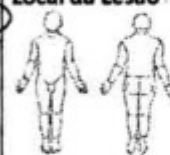
35 Glicemia 140 mg/dL 36 Acesso Venoso SFO, IV - 500 e 8V 37 Medicamentos a) Fentanyl 100 mcg - 2mg b) CONFERE COM O ORIGINAL c) Não Removido  
38 Marília Veloso Cantanhede Gerente Administração SAMU

Observações Interdisciplinar

Paciente vítima de acidente motorista com lesões múltiplas e graves, apresentando: com fratura suspeita fechada da perna D e clavícula direita. Tórax, abdome e membros inferiores.

Dr. Felipe José Raulino Neto Responsável pela recepção Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Conductor

|                    |                         |                 |                |                     |                  |                |                            |
|--------------------|-------------------------|-----------------|----------------|---------------------|------------------|----------------|----------------------------|
| DADOS DO CHAMADO   | Nº do chamado           | Data do chamado | PRO (código)   | Saída do PA         | Chegada ao Local | Saída do Local | Chegada ao Hospital        |
|                    | Endereço                |                 |                | Ponto de Referência |                  |                |                            |
|                    | Nome                    |                 |                |                     |                  | Sexo           | DN: Idade:                 |
|                    | Tipo de ocorrência:     |                 |                |                     |                  |                |                            |
| AVALIAÇÃO PRIMÁRIA | A - VIAS AÉREAS         |                 | B - RESPIRAÇÃO |                     | C - CIRCULAÇÃO   |                | D - NEUROLÓGICO            |
|                    | CONTROLE DA COLUNA      |                 | GLAGOW         |                     | RASS             |                | E - EXPOSIÇÃO              |
|                    | Escala de Dor           |                 | Escala de Dor  |                     | Escala de Dor    |                | Escala de Dor              |
|                    | S - SINAIS VITAIS       |                 | A - ALERGIAS   |                     | M - MEDICAÇÕES   |                | P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ |
|                    | L - LÍQUIDO E ALIMENTOS |                 | ENTRADAS       |                     | SAÍDA            |                | A - AMBIENTE               |
|                    | DIAGNÓSTICOS            |                 | INTERVENÇÕES   |                     |                  |                |                            |



*Última de colégio moto + cavio com fratura fechada de tibia e fíbula. Consciente, orientado, bom, normotensas, PA ↑ em tempo, provável lesão de clavícula D.*

Hospital de destino: HUT

Recebido POR: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) Carine  
Nº COREN: 157457



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000046010-5

---

Nr. da Autenticação 968BC01FD8BF6B49

|                                 |              |                                    |
|---------------------------------|--------------|------------------------------------|
| LOCALIZAÇÃO<br>012-04411-008435 | GRUPO<br>013 | NÚMERO DO HIDRÔMETRO<br>Y14N139118 |
|---------------------------------|--------------|------------------------------------|

|          |            |     |                |    |                 |
|----------|------------|-----|----------------|----|-----------------|
| ANTERIOR | 21/03/2018 | 163 | CONSUMO MÊS M3 | 10 | LEI 12.741/2012 |
| ATUAL    | 20/04/2018 | 172 |                |    | PIS/PASEP       |
|          |            |     |                |    | COTRINS         |

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTES

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.

| PARÂMETROS   | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|--------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE  | 2.448               | 2.073                    | 375                         | 1.16        | 0.3 a 0.5 mg/l  |
| COR APARENTE | 2.659               | 2.279                    | 380                         | 8.78        | Inferior a 15   |
| PH           | 2.297               | 2.253                    | 44                          | 6.47        | 6.5 a 8.5       |
| TURBIDEZ     | 3.307               | 3.066                    | 241                         | 3.00        | Inferior a 5.0  |

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÉS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| COLIFORMES TOTAIS | 819                 | 819                      | 0                           | Ausência    | Ausente         |
| ESCHERICHIA COLI  |                     |                          |                             | Ausência    | Ausente         |

\_\_\_\_\_



|            |            |            |       |
|------------|------------|------------|-------|
| VENCIMENTO | 04/05/2013 | UNDA ATUAR | 26,51 |
|------------|------------|------------|-------|



Para cada cliente, não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo.  
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa  
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do  
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos  
listados serão cobrados na próxima fatura.

| MES/ANO | VENCIMENTO | VALOR (R\$) | MES/ANO | VENCIMENTO | VALOR (R\$) |
|---------|------------|-------------|---------|------------|-------------|
| 03/2018 | 02/04/18   | 27,29       |         |            |             |

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 autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

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\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| SETEMBRO/2019 | 01/10/2019 | 368           | 395,64              |

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

| DADOS DA LEITURA             | kWh                       | DATAS DA LEITURA            |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Atual:                       | 21430                     | Atual: 24/09/2019           |
| Anterior:                    | 21062                     | Anterior: 26/08/2019        |
| Constante de Multiplicação:  | 1,000                     | Próxima Leitura: 24/10/2019 |
| Consumo Medido:              | 368                       | Emissão: 23/09/2019         |
| Consumo Faturado:            | 368                       | Apresentação: 24/09/2019    |
| Forma de Faturamento: NORMAL | Código de Irregularidade: | Dias de Consumo: 29         |

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Poste | Código Fat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| COMERCIAL        | MONO    | A1418740       |       | 3.5.3.1     | 204            |

| HISTÓRICO kWh   | Descrição da Conta                  |        |
|-----------------|-------------------------------------|--------|
| Mês/ano consumo |                                     |        |
| AGO/19 285      | CONSUMO 368 A R\$ 0,974683 =        | 358,68 |
| JUL/19 222      | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)      | 28,94  |
| JUN/19 205      | CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00      | 0,04   |
| MAI/19 204      | CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00      | 0,53   |
| ABR/19 178      | MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00      | 0,44   |
| MAR/19 243      | JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00       | 0,11   |
| FEV/19 297      | MULTA POR ATRASO 08/19-00           | 5,52   |
| JAN/19 365      | JUROS POR ATRASO 08/19-00           | 1,38   |
| DEZ/18 57       | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,71 |        |
| NOV/18 0        |                                     |        |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 368 - 0,655310

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar pelas dívidas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

| RESERVADO AO FISCO        | 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6 |
|---------------------------|-----------------------------------------|
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$                 |
| Distribuição: 70,54       | Base de Cálculo: 358,68 261,83          |
| Energia: 136,30           | Alíquota ICMS: 27,00%                   |
| Transmissão: 23,05        | Valor do ICMS: 96,84                    |
| Encargos: 11,28           | Valor do PIS: 3,68                      |
| Tributos: 117,51          | Valor do COFINS: 16,99                  |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |                  |            |       |        |            |                       |         |             |
|-----------------------------|------------------|------------|-------|--------|------------|-----------------------|---------|-------------|
|                             | DIC              |            |       | FIC    |            |                       | DMIC    | DICRI       |
|                             | Mensal           | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual                 | Mensal  | Mensal      |
| Límite                      | 5,31             | 10,63      | 21,25 | 3,11   | 6,23       | 12,45                 | 3,03    |             |
| Realizado                   | 0,00             |            |       | 0,00   |            |                       | 0,00    |             |
| Conjunto                    | TERESINA-MACAUBA |            |       |        |            | Período de aplicação: | 07/2019 | EUSD: 78,61 |

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Nelle Rêge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erick Romelson Rodrigues inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 071.184.763/07, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Erick Romelson Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.184.763/07, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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 24 de Janeiro</u> |                        | Número <u>544</u>       | Complemento <u>Sala</u>                       |
| Bairro <u>Centro</u>              | Cidade <u>Teresina</u> | Estado <u>PI</u>        | CEP <u>64000-235</u>                          |
| Email                             |                        | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u> |

Teresina, 27 de Setembro de 2019  
Local e Data

Nelle Rêge Soares Marques  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, Leonardo Rodrigues Magalhães Junior,  
RG nº 4.160.040, data de expedição 17/12/14,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 960.592.223-15,  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Conj Bom Sucesso QE 004, nº \_\_\_\_\_,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Erick Ronielson Rodrigues de Moura cujo o condutor era  
Erick Ronielson Rodrigues de Moura.  
Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 150 Titan Ano: 2010  
MIXES  
Placa: NUM 9066 Chassi: 9C2KCT620A R059608  
Data do Acidente: 01/07/19

Local e Data: Teresina Piauí 29/07/2019

x Leonardo Rodrigues Magalhães Junior   
Assinatura do Declarante

Erick Ronielson Rodrigues de Moura  
Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina**

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELA INTERINA

CNPJ 30.262.747/0001-75 - ONS 73981

AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 413B, LARAPÉ - N° 117, TERESINA - PIAUÍ, TEL. (86) 3667-8428

TESTE POR AUTENTICIDADE A FIRMADA DE LEONARDO RODRIGUES MAGALHÃES  
DO DOCUMENTO DECLARAÇÃO EM TESTE DA VERDADE DOU F  
NA 29/07/2019 10:56:07

AH13842 - KVCM CONSULTE EM [www.toljus.br/portal/extra](http://www.toljus.br/portal/extra)

DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE

3,95 TJ R\$ 0,77 MP R\$ 0,10 R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98





|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Dados do Chamado                                             | 01 N° do chamado<br>0047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 02 Data do chamado<br>01/07/2019                                                                                                              | 03 PRO (código)<br>29103                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 04 Saída do PA<br>930                                                                                                                                                                                        | 05 Chegada ao local<br>930 |
|                                                              | 06 Saída do local<br>1010                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 07 Chegada ao 1º hospital<br>1011                                                                                                             | 08 Saída do 1º hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 09 Chegada ao 2º Hospital                                                                                                                                                                                    |                            |
| Local da Ocorrência                                          | 10 Endereço<br>Av. Frei Serafim 1k Muro guapo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 11 Bairro                                                                                                                                     | 12 Município-UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Código IBGE                                                                                                                                                                                                  |                            |
|                                                              | 13 Ponto de referência<br>Oskito Curv                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| Dados do Paciente                                            | 14 Nome<br>Eric Kanielson Rodrigues de Moura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 15 Sexo<br>1 - Masculino <input checked="" type="checkbox"/><br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
|                                                              | 16 Idade<br>40-44-2000<br>1-Dia<br>2-Mês<br>3-Anos<br>9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se idade ignorada, preencha com 999                                                                                                           | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?<br>1- Sim 2- Não 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| Tipo de Ocorrência                                           | 18 Tipo de ocorrência<br>01 - Acidente de transporte <input checked="" type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros<br>02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica<br>03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido<br>04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado<br>05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| Acidente de Transporte                                       | 19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/><br>1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 Meio de locomoção<br>1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta<br>5 - Ônibus/Micro-ônibus<br>6 - Outro<br>9 - Ignorado | 21 Outra parte envolvida<br>1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta<br>5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 22 Equipamentos de segurança<br><input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Assento para criança |                            |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| Exame Físico                                                 | 23 Glasgow = 15<br>ABERTURA OCULAR<br>4 - Espontânea<br>3 - À voz<br>2 - À dor<br>1 - Nenhuma<br>RESPOSTA VERBAL<br>5 - Orientada<br>4 - Confusa<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Nenhuma<br>RESPOSTA MOTORA<br>6 - Obedece a comandos<br>5 - Localiza dor<br>4 - Movimento de retirada<br>3 - Flexão anormal<br>2 - Extensão anormal<br>1 - Nenhum                                                                                       |                                                                                                                                               | 24 Sinais Vitais<br>Pulso 90<br>Resp. 16<br>PA 150/90<br>TAX.<br>SatO2 98%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 25 Local da lesão<br>                                                                                                                                                                                        |                            |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| Assistência                                                  | 26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> iguais <input type="checkbox"/> Desiguais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/><br>1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente                        | 28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/><br>1 - Sim 2 - Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                              |                            |
|                                                              | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| Hospital de Destino                                          | 30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                               | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br><input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia 140 mg/dL<br><input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso SFO, SI - 500 e 8V<br><input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica Medicamentos a) Fenilbutazona 100mg - 2mg<br>b) c) |                                                                                                                                                                                                              |                            |
|                                                              | 32 Hospital de Destino HU7 CONFERE COM O ORIGINAL <input type="checkbox"/> Não Removido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| Observações Interdisciplinar                                 | 33 Condições de entrada <input checked="" type="checkbox"/><br>1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                               | 34 Óbito <input type="checkbox"/><br>1 - Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              |                            |
|                                                              | 35 Observações Interdisciplinar<br>Paciente vítima de acidente motorista com<br>cinturão quebrado e preso, acidentado; com<br>fratura suspeita fechada do punho D e<br>clavícula direita. Tórax, abdome e membros<br>inferiores.                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| Responsável pela recepção<br>Dr. Felipe José M. Raulino Neto |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Socorristas<br>Médico Anna Paula<br>AE/TE                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Enfermeiro Cláudio<br>Condutor Manoel                                                                                                                                                                        |                            |

DADOS DO CHAMADO

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |             |                  |                |                     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|------------------|----------------|---------------------|
| Nº do chamado       | Data do chamado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRO (código) | Saída do PA | Chegada ao Local | Saída do Local | Chegada ao Hospital |
| 0047                | 04/07/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2903         | 9:30        | 9:40             | 10h            |                     |
| Endereço            | Rua Mato Grosso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |             |                  |                |                     |
| Nome                | Eric Romelton Rodrigues de Moura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |             |                  |                |                     |
| Ponto de Referência | Proximo ao CEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |             |                  |                |                     |
| Tipo de ocorrência  | 01- Acidente de Transporte<br>02- Espancamento<br>03- Ferimento por Arma de Fogo<br>04- Ferimento por Arma Branca<br>05- Urgência Psiquiátrica<br>06- Tentativa de Suicídio<br>07- Envenenamento<br>08- Afogamento<br>09- Queimadura<br>10- Choque Elétrico<br>11- Queda<br>12- Urgência Clínica<br>13- Urgência Obstétrica<br>14- Transferência<br>15- Exames Complementares<br>16- Já removido<br>17- Falso Chamado<br>18- Outros |              |             |                  |                |                     |
| Sexo                | M ( ) F ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |             |                  |                | DN: 10/04/2004      |
| Idade:              | 19 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |             |                  |                |                     |

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

|                         |                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A - VIAS AÉREAS         | <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS<br><input type="checkbox"/> Parcialmente obstruídas<br><input type="checkbox"/> Obstruídas                         |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Guedel<br><input type="checkbox"/> Aspiração<br><input type="checkbox"/> Intubação             | <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia<br><input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical<br><input checked="" type="checkbox"/> Protetor lateral<br><input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta | <input type="checkbox"/> KED<br><input checked="" type="checkbox"/> Talas                                                                                                                                      |
| B - RESPIRAÇÃO          | <input checked="" type="checkbox"/> Eupneia<br><input type="checkbox"/> Dispneia<br><input type="checkbox"/> Taquipneia                                        | <input type="checkbox"/> Bradpneia<br><input type="checkbox"/> Apneia<br><input type="checkbox"/> Gaspig | <input checked="" type="checkbox"/> Ar Ambiente<br><input type="checkbox"/> Catéter<br><input type="checkbox"/> Máscara | <input type="checkbox"/> Ambú<br><input type="checkbox"/> VM<br><input type="checkbox"/> Tubo nº                                                                                                                      | Módulo ventilatório<br>Volume corrente<br>Pressão inspiratória                                                                                                                                                 |
| C - CIRCULAÇÃO          | <input checked="" type="checkbox"/> Normocorado<br><input type="checkbox"/> Pálido<br><input type="checkbox"/> Cianose<br><input type="checkbox"/> Úmida, fria |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> FEC < 2 seg.<br><input type="checkbox"/> EC > 2 seg.<br><input type="checkbox"/> Hemorragia    | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico<br><input type="checkbox"/> Taquicárdico<br><input type="checkbox"/> Bradicárdico                                                                                    | <input type="checkbox"/> Cheio<br><input type="checkbox"/> Fino<br><input type="checkbox"/> Ausente                                                                                                            |
| D - NEUROLÓGICO         | GLAGOW 15                                                                                                                                                      |                                                                                                          | RASS                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       | PUPILAS ( ) Fixas ( ) Reagentes<br>( ) Isocóricas ( ) Midríaticas<br>( ) Mióticas ( ) Anisocóricas D E                                                                                                         |
| E - EXPOSIÇÃO           | Fraturas ( ) Exposta<br><input checked="" type="checkbox"/> Fechada                                                                                            |                                                                                                          | Pele íntegra ( ) Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não                                                         |                                                                                                                                                                                                                       | Local da Lesão<br> ( ) Cortante<br>( ) Perfurante<br>( ) Transfixante<br>( ) Penetrante<br>( ) Escoriações<br>( ) Amputação |
| ESCALA DE DOR DE 0 A 10 | ( ) Sem dor ( ) Dor<br><input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                 |                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                |

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

|                            |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                                                    |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S - SINAIS VITAIS          | PA 150x90 FC 87 FR SpO2 99 TAX GLI 140                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             | ESCALA TRIPS                                                                                                                       |
| A - ALERGIAS               | ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM Paracetamol                                                                                                                                                             |                                                                                                             | TRIPS Inicial                                                                                                                      |
| M - MEDICAÇÕES             | Não                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                             | TRIPS Final                                                                                                                        |
| P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                                                    |
| L - LÍQUIDO E ALIMENTOS    | <input type="checkbox"/> Zero<br><input checked="" type="checkbox"/> VO<br><input type="checkbox"/> Gastrostomia<br><input type="checkbox"/> SNE<br><input type="checkbox"/> SNG<br><input type="checkbox"/> Parenteral | ENTRADAS<br>Ringer _____ ml<br>SF 0,9% 500ml _____ ml<br>SG 5% _____ ml<br>Sedação _____ ml<br>DVA _____ ml | SAÍDA<br>Sangue _____<br>Diurese esp. _____ SVD _____<br>Vômito _____ ( ) + ( ) ++ ( ) +++<br>Evacuação _____ ( ) + ( ) ++ ( ) +++ |
| A - AMBIENTE               |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                                                    |

DIAGNÓSTICOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas<br><input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz<br><input type="checkbox"/> Risco de Aspiração<br><input type="checkbox"/> Risco de Choque<br><input checked="" type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada<br><input type="checkbox"/> Envenenamento/Intoxicação<br><input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda<br><input type="checkbox"/> Confusão Aguda<br><input type="checkbox"/> Glicemia Instável<br><input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física Prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de Trauma/Quedas<br><input type="checkbox"/> Risco de Infecção<br><input type="checkbox"/> Transtorno psicológico | CONFERE COM O ORIGINAL<br>Marília Veloso Cantanhede<br>Gerente Administrativa SAMU |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

INTERVENÇÕES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar Nível de Consciência /Sedação<br><input type="checkbox"/> Aspirar Vias Aéreas<br><input type="checkbox"/> Manter Cabeceira Elevada em _____ Graus<br><input type="checkbox"/> Administrar/Controlar Oxigênio<br><input checked="" type="checkbox"/> Puncionar Acesso Venoso<br><input type="checkbox"/> Realizar Curativo/Compressivo<br><input type="checkbox"/> Realizar Sondagem / Lavagem Gástrica<br><input checked="" type="checkbox"/> Realizar Imobilização Padrão<br><input type="checkbox"/> Realizar Reanimação Cardiopulmonar<br><input type="checkbox"/> Realizar Contenção Prescrita<br><input type="checkbox"/> Proteger Contra Hipotermia<br><input type="checkbox"/> Administração segura de medicamentos<br><input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1º trauma de coluna móvel e cervic com fratura fecho de tibia e fíbula. Consciente, orientado, em tempo, provável lesão de clavícula D.

Hospital de destino: HUT

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) Carine

Nº COREN: 167457



NOME DO PACIENTE: Erick Ronielson Rodrigues de Moura  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 515584

**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 - Bedençao - Fone: 86 3218 5445

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

Ortopedia  
cir geral**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 01/07/2019 10:19:50

(User: EDUARDO SALMITO)

(Estação: CONSULPA03)

|                                                                                          |                                       |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA                                          |                                       | <b>Prontuário:</b> 515584                         |
| <b>Mãe:</b> EDVANTO RODRIGUES ROCHA DE MOURA                                             | <b>Pai:</b> RONILSON SOUZA DE MOURA   |                                                   |
| <b>End. Resid.:</b> QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                                       |                                                   |
| <b>Nascimento:</b> 10/04/2000                                                            | <b>Idade:</b> 19a2m21d                | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99581-7295 |
| <b>Responsável:</b> CONCEICAO NERES                                                      | <b>CNS:</b> 708605582739585           |                                                   |
| <b>Profissão:</b> ESTUDANTE                                                              | <b>Documento:</b> CPF: 071.184.763-07 |                                                   |
| <b>G. Instrução:</b> Médio Completo                                                      | <b>E. Civil:</b> Solteiro(a)          |                                                   |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                                                           |                                     |                        |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 728976                                                                                     | <b>Entrada:</b> 01/07/2019 10:10:50 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0301060029 |
| <b>Motivo da Procura</b><br>(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                                     |                        |                           |
| <b>Condicion:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU                                                                      |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                       |                       |                           |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> | <b>Classificação:</b> | <b>Cor:</b><br>Indefinido |
| <b>Breve história Causa Risco:</b>    |                       | ?                         |

|                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SSVV:</b> (Hora: ____ : ____)                                                                                      |
| <b>Peso:</b> 6,00 Kg <b>Altura:</b> 1,60 M <b>IMC:</b> 23,00 Kg/m <sup>2</sup> <b>Pulso:</b> bpm <b>Pressão:</b> mmHg |

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão moto-carro) há aproximadamente 1 hora. Veio trazido pelo SAMU em uso de capacete. Nega perda de consciência, náuseas, vômitos, epistaxe ou sangramento pelo nariz. Veio em uso de colar cervical e prancha rígida. Nega dor cervical e dor à mobilização passiva do pescoço. Retirado colar cervical. Vias aéreas pervias. Refere dor em clavícula direita e em perna direita, provável fratura em clavícula e perna direita. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Abdome indolor à palpação, sem sinais de peritonite. Sem alteração de sensibilidade e motricidade. ECG 15. Sem escoriações pelo corpo.

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| <b>Diagnóstico Principal:</b> | <b>CID:</b> |
|-------------------------------|-------------|

|                                                                                                       |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Exames Complementares:</b><br>(123150) - TORAX<br>(123151) - CLAVÍCULA<br>(123152) - PERNA DIREITA | <b>DATA:</b> 01/07/2019 <b>HORA:</b> 10:10<br><b>TÉCNICO:</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                           |                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Prescrição Médica:</b> | <b>DATA:</b> 01/07/2019 <b>HORA:</b> 10:10<br><b>TÉCNICO:</b> |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Motivo da Alta/Encerramento:</b> | <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b> : : |
|-------------------------------------|-----------------------------------|

**Assinatura Paciente ou Responsável:**  
Eduardo Salmito Soares  
6339 PI Em: 01/07/2019 10:19:48





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

221383

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****242558****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA**

6 - Prontuário: 515584

7-CNS: 708605582739585

8-Nascimento: 10/04/2000

9-Sexo: **Masculino**

CPF: 071.184.763-07

1-Mãe: **EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA**

12-Fone: 86-99581-7295

13-Resp: **CONCEICAO NERES**14-Cor: **Sem Informação**15-End: **QUADRA E CASA 041 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010**6-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64000-010

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Do no ombro*

21 - Condições que justificam a internação:

*Ex fmo*

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

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

Fratura da clavícula

S420

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**28-Cod.Proced.:  
**0408010150**

27-Procedimento Solicitado:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA**Tempo SU:  
2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

**YURI JIVAGO FELIX**

06/07/2019

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 728976

Consulta SUS:

Impressão: 06/07/2019 11:57:04

|                                                                |                    |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE<br>INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | Nº LAUDO: 221383   |  |
|                                                                | AIH: 2219101739030 |                                                                                   |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                      |                    |                                                                                   |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                             |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES<br>5828856 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | CNES<br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                         |                                                        |                          |                                                  |                       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|
| CARTÃO SUS              | NOME DO PACIENTE<br>ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA | NASCIMENTO<br>10/04/2000 | SEXO<br>M                                        | PRONTUÁRIO<br>515584  |
| DOCUMENTO               | CPF                                                    | TELEFONE                 | NOME DA MÃE<br>EDIVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA | RESPONSÁVEL<br>ERICK  |
| CEP                     | ENDEREÇO - LOGRADOURO                                  |                          |                                                  | NUMERO / LOTE<br>0000 |
| BAIRRO<br>RENACENSA III | COMPLEMENTO                                            | MUNICÍPIO<br>TERESINA    | UF<br>PI                                         |                       |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                                                                       |                   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL<br>S420 - FRATURA DA CLAVICULA | CID 10 SECUNDARIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                       |                                   |                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA |                                   | PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))<br><br>PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO<br>CPF: 62238426353 CRM: |
| LEITO/CLÍNICA<br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                               | DATA SOLICITAÇÃO<br>06/07/2019    |                                                                                                                                 |
| CARÁTER<br>URGÊNCIA                                                                                   | DATA ADMISSÃO<br>06/07/2019 11:58 | DATA ALTA<br>07/07/2019 09:00                                                                                                   |
|                                                                                                       | MOTIVO ALTA<br>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))<br><br>FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA<br>CPF: 20171471334 CRM: | NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA<br>Jefere Simone Lages de Souza<br>Matricula: 041467<br>SAÚDE HUT<br>CONFERE COM O ORIGINAL<br>CRM | DATA ANALISE: 19/07/2019 11:35:20 | DATA ANALISE |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/07/19

|                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: Erick Romilson R | PRONTUÁRIO Nº: 515584               |
| DIAGNÓSTICO: Fratura Clavícula D   | CIRURGIA: Fixação Fratura Clavícula |
| ANESTESIA: Bloqueio                | Nº DA SALA: 03                      |
| CIRURGIÃO: Dr. Yuri Augusto Felix  | CPF Nº: _____                       |
| AUXILIAR: _____                    | CPF Nº: _____                       |
| ANESTESIA: Dra. Milena             | CPF Nº: _____                       |
| INSTRUMENTADORA: Benedita          | CPF Nº: _____                       |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI Nº 24 | UNID.  | 02     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | —      |       | LUVA Nº 7.0             | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 8.0             | PAR    | 01     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | —      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR    | 06     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 300    |       | PVPI DE GERMANTE        | ML     | 100    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | —      |       | PVPI TÓPICO             | ML     | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA            | ML     | —      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 05     |       | SERINGA 20CC            | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC            | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 60     |       | SERINGA 5CC             | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      |       | SERINGA 3CC             | UNID.  | —      |       |
| FORMOL                  | ML    | —      |       | SORO FISIOLÓGICO        | FRASCO | 04     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL           | UNID.  | —      |       |
| JELCO Nº                | UNID. | —      |       | CREPON                  | UND    | 02     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA             | UND    | 01     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       | —      |       | cateter nasal           | UND    | 01     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       | —      |       | agulha anestesia loco   | UND    | 01     |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       | —      |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       | —      |       |                         |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       | —      |       |                         |        |        |       |
| MONONYLON Nº 3.0        | UND   | 02     |       |                         |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       | —      |       | ENFERMARIA:             |        |        |       |
| VICRYL Nº 0             | UND   | 01     |       | CIRCULANTE: Genildo     |        |        |       |
| PROLENE                 |       | —      |       |                         |        |        |       |

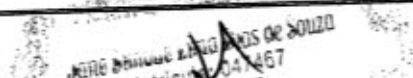
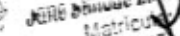


**0581**

**COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**

|                                              |        |                         |            |
|----------------------------------------------|--------|-------------------------|------------|
| BRAGA&BRAGA                                  |        | CNPJ:63607790000198     |            |
| FABRICANTE :                                 |        | CNPJ:                   |            |
| PACIENTE: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA |        | COD.SIG TAP: 0702030929 |            |
| RG.HOSITAL: 242558                           |        | USADO: 06/07/19         |            |
| DATA:                                        |        | ALTA:                   |            |
| PROCEDIMENTO: 0408010150                     |        | CRM:                    |            |
| MEDICO: DR. VURI                             |        | CPF:                    |            |
| Produtos Utilizados/Implantados:             |        |                         |            |
| NOME                                         | MODELO | TIPO                    | Serie Lote |
|                                              |        |                         | QTD        |

[illegible]

|                                           |                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Responsável Pelo Preenchimento:</b>    |                                                                                                                                        |
| <b>Data:</b> ____/____/____               |                                                    |
| _____<br><b>Responsável pela Farmácia</b> | <br>_____<br><b>responsável pelo Preenchimento</b> |





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES  
**5828856**

Código da  
Internação:

4-CNES  
**5828856**

**242558**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA**

6 - Prontuário: **515584**

7-CNS: **708605582739585**

8-Nascimento: **10/04/2000**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **071.184.763-07**

1-Mãe: **EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA**

12-Fone: **86-99581-7295**

13-Resp: **CONCEICAO NERES**

14-Fone: **86-99581-7295**

15-Ende: **QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.

**0408010150**

30 - Procedimento Principal / Descrição:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA**

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

**0702030929**

32 - Descrição do Procedimento Especial:

**PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)**

Quant. Soli-  
cidata:

**1**

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

**YURI JIVAGO FELIX**

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

**001.663.217-61**

9-Data Solicitação:

**06/07/2019**

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

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

**06/08/19**

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer  
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

JOSE DOMINGUE ARAUJO DE SAUZU  
Mátrícula: 47467  
SAMES - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Ortopedia e Traumatologia



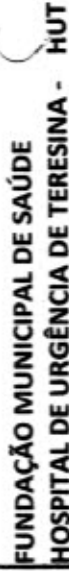


## FOLHA DE ANESTESIA

## UNIDADE DE SAÚDE

|                            |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
|----------------------------|---------------|--------------|----------------|------------------|------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATA:                      | PA            | PULSO        | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA      | PESO                               | ALTURA         | OBS:                                                                                                                                           |  |
| 06/07/19                   | 150x70        | 70           | 12             |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| EXAME DE SANGUE            | GR. SANGÜÍNEO | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMAT. CRITOS    | GLICEMIA                           | DOS. URÉRIA    |                                                                                                                                                |  |
|                            |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| EXAMES DE URINA            |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA        |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO       |               |              |                |                  | ELETROCARDIOGRAMA                  |                |                                                                                                                                                |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO       |               |              |                |                  | ASMA                               |                | BRONQUITE                                                                                                                                      |  |
| SISTEMA DIGESTIVO          |               |              |                | SISTEMA URINÁRIO |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| ESTADO MENTAL              |               |              |                | CORTICOIDES      |                                    | ATARAXICOS     | OUTROS                                                                                                                                         |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO |               |              |                |                  |                                    | FÍSICO         |                                                                                                                                                |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO              |               |              |                |                  | APLICADO ÀS                        | EFEITOS        |                                                                                                                                                |  |
|                            |               |              |                |                  |                                    | TOTAL DE DOSES |                                                                                                                                                |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS        | OXIGÊNIO      |              |                |                  |                                    |                | 1. 3PB via<br>intercostal<br>ca c/ <del>rota</del><br><del>caixa</del> / nopi<br>vacuín 9758<br>20ul +<br>lidocain 20ul<br>20ul<br>SEQUÊNCIA → |  |
| LÍQUIDOS                   | SO - UTO      |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
|                            | SANGUE        |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
|                            | OUTROS        |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| TEMPERATURA T              | C°            |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| P ARTERIL V O PULSO        | 38            |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X   |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO      |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| RESPIRAÇÃO O               |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| SÍMBOLOS                   |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| TÉCNICAS                   |               |              |                |                  | INCIDENTES - ACIDENTES             |                |                                                                                                                                                |  |
| OPERAÇÕES                  |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| CIRURGIÕES                 |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| ANESTESISTAS               |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
|                            |               |              |                |                  |                                    |                |                                                                                                                                                |  |
| PARTICULARIDADES           |               |              |                |                  | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS |                |                                                                                                                                                |  |





| NOME DO PACIENTE                 |                                         | PRONTUÁRIO        | CLÍNICA    | ENF. OU AP              | LEITO                               | MÉDICO ASSISTENTE |
|----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| DATA/HORA CÓDIGO                 |                                         | PRESCRIÇÃO MÉDICA | Ortopédica | 239                     | 147                                 |                   |
| POI                              |                                         |                   |            | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |                                     |                   |
|                                  |                                         |                   |            | HORÁRIOS                | OBSERVAÇÕES                         |                   |
| 02/07/19                         |                                         |                   |            |                         | <p>DATA 02/07/19</p> <p>TECNICO</p> |                   |
| 1                                | Dieta oral livre após efeito anestésico |                   |            |                         | <p>18A-PA=150x90mm</p>              |                   |
| 2                                | SG 5% 500ml + SF 0,9% 500 ml EV EM 24H  |                   |            |                         | <p>24 bpm</p>                       |                   |
| 3                                | Cefalotina 1g EV 6/6H                   |                   |            |                         | <p>23:15 Virado PA=14</p>           |                   |
| 4                                | Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h            |                   |            |                         | <p>77 mmHg</p>                      |                   |
| 5                                | Tenoxicam 20mg 01 amp + AD EV 12/12h    |                   |            |                         | <p>Técnico Enfermagem</p>           |                   |
| 6                                | Tramadol 50mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS   |                   |            |                         | <p>SGRENT 03/07/19</p>              |                   |
| 7                                | Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS          |                   |            |                         |                                     |                   |
| 8                                | CCGG                                    |                   |            |                         |                                     |                   |
| 9                                |                                         |                   |            |                         |                                     |                   |
| Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto    |                                         |                   |            |                         |                                     |                   |
| Médico Ortopedista               |                                         |                   |            |                         |                                     |                   |
| CRM-PI 30547 REG. 2425           |                                         |                   |            |                         |                                     |                   |
| Reanalisar movimentos cirúrgicos |                                         |                   |            |                         |                                     |                   |
| Clavícula avulsão do C4-5        |                                         |                   |            |                         |                                     |                   |



Nome: Enrick Ronielson Rodrigues de Moura IDADE: \_\_\_\_\_ anos DATA: 08/07/2019  
 HORA DE ADMISSÃO: 09h 00 min TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE (X) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL (X) SEDAÇÃO  
 CIRURGIÃO: Enrick Ronielson Rodrigues de Moura CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO       |               |
|---------------------------------|---------------|---------------|
|                                 | ADMISSÃO      | SAÍDA         |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>123/60</u> | <u>133/98</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>88</u>     | <u>70</u>     |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>100</u>    | <u>98%</u>    |
| TEMPERATURA AXILAR (O° C)       |               |               |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   |               |               |
| NOME/ MATRÍCULA                 | <u>Enrick</u> | <u>Enrick</u> |

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

|                        |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ESCALA DE DOR ADMISSÃO |  |  |  |  |  |  |
| ESCALA DE DOR ALTA     |  |  |  |  |  |  |

|                |           |
|----------------|-----------|
| TOTAL          | <u>10</u> |
| ASS: <u>ME</u> | <u>ME</u> |

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
08:00 Admitido no SRPA em PUF de 100% de O<sub>2</sub> para manter saturação de O<sub>2</sub> maior de 92%. Submetido a exame físico: consciente, calmo, respirando espontaneamente com 12cpm. SatO<sub>2</sub> 100% com oxigênio úmido.

10:55 Retirado do SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA: \_\_\_\_\_  
 HORÁRIO: \_\_\_\_\_  
 ANESTESIOLOGISTA: Thiago Mendes  
 CRM: 239/44  
 ENCAMINHAMENTO: ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )  
 POSTO: ( ) 11 ( ) 12 ( ) 13 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 14 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) 15 ( ) 16 ( ) 17 ( ) 18 ( ) 19 ( ) 20 ( ) 21 ( ) 22 ( ) 23 ( ) 24 ( ) 25 ( ) 26 ( ) 27 ( ) 28 ( ) 29 ( ) 30 ( ) 31 ( ) 32 ( ) 33 ( ) 34 ( ) 35 ( ) 36 ( ) 37 ( ) 38 ( ) 39 ( ) 40 ( ) 41 ( ) 42 ( ) 43 ( ) 44 ( ) 45 ( ) 46 ( ) 47 ( ) 48 ( ) 49 ( ) 50 ( ) 51 ( ) 52 ( ) 53 ( ) 54 ( ) 55 ( ) 56 ( ) 57 ( ) 58 ( ) 59 ( ) 60 ( ) 61 ( ) 62 ( ) 63 ( ) 64 ( ) 65 ( ) 66 ( ) 67 ( ) 68 ( ) 69 ( ) 70 ( ) 71 ( ) 72 ( ) 73 ( ) 74 ( ) 75 ( ) 76 ( ) 77 ( ) 78 ( ) 79 ( ) 80 ( ) 81 ( ) 82 ( ) 83 ( ) 84 ( ) 85 ( ) 86 ( ) 87 ( ) 88 ( ) 89 ( ) 90 ( ) 91 ( ) 92 ( ) 93 ( ) 94 ( ) 95 ( ) 96 ( ) 97 ( ) 98 ( ) 99 ( ) 100 ( ) 101 ( ) 102 ( ) 103 ( ) 104 ( ) 105 ( ) 106 ( ) 107 ( ) 108 ( ) 109 ( ) 110 ( ) 111 ( ) 112 ( ) 113 ( ) 114 ( ) 115 ( ) 116 ( ) 117 ( ) 118 ( ) 119 ( ) 120 ( ) 121 ( ) 122 ( ) 123 ( ) 124 ( ) 125 ( ) 126 ( ) 127 ( ) 128 ( ) 129 ( ) 130 ( ) 131 ( ) 132 ( ) 133 ( ) 134 ( ) 135 ( ) 136 ( ) 137 ( ) 138 ( ) 139 ( ) 140 ( ) 141 ( ) 142 ( ) 143 ( ) 144 ( ) 145 ( ) 146 ( ) 147 ( ) 148 ( ) 149 ( ) 150 ( ) 151 ( ) 152 ( ) 153 ( ) 154 ( ) 155 ( ) 156 ( ) 157 ( ) 158 ( ) 159 ( ) 160 ( ) 161 ( ) 162 ( ) 163 ( ) 164 ( ) 165 ( ) 166 ( ) 167 ( ) 168 ( ) 169 ( ) 170 ( ) 171 ( ) 172 ( ) 173 ( ) 174 ( ) 175 ( ) 176 ( ) 177 ( ) 178 ( ) 179 ( ) 180 ( ) 181 ( ) 182 ( ) 183 ( ) 184 ( ) 185 ( ) 186 ( ) 187 ( ) 188 ( ) 189 ( ) 190 ( ) 191 ( ) 192 ( ) 193 ( ) 194 ( ) 195 ( ) 196 ( ) 197 ( ) 198 ( ) 199 ( ) 200 ( ) 201 ( ) 202 ( ) 203 ( ) 204 ( ) 205 ( ) 206 ( ) 207 ( ) 208 ( ) 209 ( ) 210 ( ) 211 ( ) 212 ( ) 213 ( ) 214 ( ) 215 ( ) 216 ( ) 217 ( ) 218 ( ) 219 ( ) 220 ( ) 221 ( ) 222 ( ) 223 ( ) 224 ( ) 225 ( ) 226 ( ) 227 ( ) 228 ( ) 229 ( ) 230 ( ) 231 ( ) 232 ( ) 233 ( ) 234 ( ) 235 ( ) 236 ( ) 237 ( ) 238 ( ) 239 ( ) 240 ( ) 241 ( ) 242 ( ) 243 ( ) 244 ( ) 245 ( ) 246 ( ) 247 ( ) 248 ( ) 249 ( ) 250 ( ) 251 ( ) 252 ( ) 253 ( ) 254 ( ) 255 ( ) 256 ( ) 257 ( ) 258 ( ) 259 ( ) 260 ( ) 261 ( ) 262 ( ) 263 ( ) 264 ( ) 265 ( ) 266 ( ) 267 ( ) 268 ( ) 269 ( ) 270 ( ) 271 ( ) 272 ( ) 273 ( ) 274 ( ) 275 ( ) 276 ( ) 277 ( ) 278 ( ) 279 ( ) 280 ( ) 281 ( ) 282 ( ) 283 ( ) 284 ( ) 285 ( ) 286 ( ) 287 ( ) 288 ( ) 289 ( ) 290 ( ) 291 ( ) 292 ( ) 293 ( ) 294 ( ) 295 ( ) 296 ( ) 297 ( ) 298 ( ) 299 ( ) 300 ( ) 301 ( ) 302 ( ) 303 ( ) 304 ( ) 305 ( ) 306 ( ) 307 ( ) 308 ( ) 309 ( ) 310 ( ) 311 ( ) 312 ( ) 313 ( ) 314 ( ) 315 ( ) 316 ( ) 317 ( ) 318 ( ) 319 ( ) 320 ( ) 321 ( ) 322 ( ) 323 ( ) 324 ( ) 325 ( ) 326 ( ) 327 ( ) 328 ( ) 329 ( ) 330 ( ) 331 ( ) 332 ( ) 333 ( ) 334 ( ) 335 ( ) 336 ( ) 337 ( ) 338 ( ) 339 ( ) 340 ( ) 341 ( ) 342 ( ) 343 ( ) 344 ( ) 345 ( ) 346 ( ) 347 ( ) 348 ( ) 349 ( ) 350 ( ) 351 ( ) 352 ( ) 353 ( ) 354 ( ) 355 ( ) 356 ( ) 357 ( ) 358 ( ) 359 ( ) 360 ( ) 361 ( ) 362 ( ) 363 ( ) 364 ( ) 365 ( ) 366 ( ) 367 ( ) 368 ( ) 369 ( ) 370 ( ) 371 ( ) 372 ( ) 373 ( ) 374 ( ) 375 ( ) 376 ( ) 377 ( ) 378 ( ) 379 ( ) 380 ( ) 381 ( ) 382 ( ) 383 ( ) 384 ( ) 385 ( ) 386 ( ) 387 ( ) 388 ( ) 389 ( ) 390 ( ) 391 ( ) 392 ( ) 393 ( ) 394 ( ) 395 ( ) 396 ( ) 397 ( ) 398 ( ) 399 ( ) 400 ( ) 401 ( ) 402 ( ) 403 ( ) 404 ( ) 405 ( ) 406 ( ) 407 ( ) 408 ( ) 409 ( ) 410 ( ) 411 ( ) 412 ( ) 413 ( ) 414 ( ) 415 ( ) 416 ( ) 417 ( ) 418 ( ) 419 ( ) 420 ( ) 421 ( ) 422 ( ) 423 ( ) 424 ( ) 425 ( ) 426 ( ) 427 ( ) 428 ( ) 429 ( ) 430 ( ) 431 ( ) 432 ( ) 433 ( ) 434 ( ) 435 ( ) 436 ( ) 437 ( ) 438 ( ) 439 ( ) 440 ( ) 441 ( ) 442 ( ) 443 ( ) 444 ( ) 445 ( ) 446 ( ) 447 ( ) 448 ( ) 449 ( ) 450 ( ) 451 ( ) 452 ( ) 453 ( ) 454 ( ) 455 ( ) 456 ( ) 457 ( ) 458 ( ) 459 ( ) 460 ( ) 461 ( ) 462 ( ) 463 ( ) 464 ( ) 465 ( ) 466 ( ) 467 ( ) 468 ( ) 469 ( ) 470 ( ) 471 ( ) 472 ( ) 473 ( ) 474 ( ) 475 ( ) 476 ( ) 477 ( ) 478 ( ) 479 ( ) 480 ( ) 481 ( ) 482 ( ) 483 ( ) 484 ( ) 485 ( ) 486 ( ) 487 ( ) 488 ( ) 489 ( ) 490 ( ) 491 ( ) 492 ( ) 493 ( ) 494 ( ) 495 ( ) 496 ( ) 497 ( ) 498 ( ) 499 ( ) 500 ( ) 501 ( ) 502 ( ) 503 ( ) 504 ( ) 505 ( ) 506 ( ) 507 ( ) 508 ( ) 509 ( ) 510 ( ) 511 ( ) 512 ( ) 513 ( ) 514 ( ) 515 ( ) 516 ( ) 517 ( ) 518 ( ) 519 ( ) 520 ( ) 521 ( ) 522 ( ) 523 ( ) 524 ( ) 525 ( ) 526 ( ) 527 ( ) 528 ( ) 529 ( ) 530 ( ) 531 ( ) 532 ( ) 533 ( ) 534 ( ) 535 ( ) 536 ( ) 537 ( ) 538 ( ) 539 ( ) 540 ( ) 541 ( ) 542 ( ) 543 ( ) 544 ( ) 545 ( ) 546 ( ) 547 ( ) 548 ( ) 549 ( ) 550 ( ) 551 ( ) 552 ( ) 553 ( ) 554 ( ) 555 ( ) 556 ( ) 557 ( ) 558 ( ) 559 ( ) 560 ( ) 561 ( ) 562 ( ) 563 ( ) 564 ( ) 565 ( ) 566 ( ) 567 ( ) 568 ( ) 569 ( ) 570 ( ) 571 ( ) 572 ( ) 573 ( ) 574 ( ) 575 ( ) 576 ( ) 577 ( ) 578 ( ) 579 ( ) 580 ( ) 581 ( ) 582 ( ) 583 ( ) 584 ( ) 585 ( ) 586 ( ) 587 ( ) 588 ( ) 589 ( ) 590 ( ) 591 ( ) 592 ( ) 593 ( ) 594 ( ) 595 ( ) 596 ( ) 597 ( ) 598 ( ) 599 ( ) 600 ( ) 601 ( ) 602 ( ) 603 ( ) 604 ( ) 605 ( ) 606 ( ) 607 ( ) 608 ( ) 609 ( ) 610 ( ) 611 ( ) 612 ( ) 613 ( ) 614 ( ) 615 ( ) 616 ( ) 617 ( ) 618 ( ) 619 ( ) 620 ( ) 621 ( ) 622 ( ) 623 ( ) 624 ( ) 625 ( ) 626 ( ) 627 ( ) 628 ( ) 629 ( ) 630 ( ) 631 ( ) 632 ( ) 633 ( ) 634 ( ) 635 ( ) 636 ( ) 637 ( ) 638 ( ) 639 ( ) 640 ( ) 641 ( ) 642 ( ) 643 ( ) 644 ( ) 645 ( ) 646 ( ) 647 ( ) 648 ( ) 649 ( ) 650 ( ) 651 ( ) 652 ( ) 653 ( ) 654 ( ) 655 ( ) 656 ( ) 657 ( ) 658 ( ) 659 ( ) 660 ( ) 661 ( ) 662 ( ) 663 ( ) 664 ( ) 665 ( ) 666 ( ) 667 ( ) 668 ( ) 669 ( ) 670 ( ) 671 ( ) 672 ( ) 673 ( ) 674 ( ) 675 ( ) 676 ( ) 677 ( ) 678 ( ) 679 ( ) 680 ( ) 681 ( ) 682 ( ) 683 ( ) 684 ( ) 685 ( ) 686 ( ) 687 ( ) 688 ( ) 689 ( ) 690 ( ) 691 ( ) 692 ( ) 693 ( ) 694 ( ) 695 ( ) 696 ( ) 697 ( ) 698 ( ) 699 ( ) 700 ( ) 701 ( ) 702 ( ) 703 ( ) 704 ( ) 705 ( ) 706 ( ) 707 ( ) 708 ( ) 709 ( ) 710 ( ) 711 ( ) 712 ( ) 713 ( ) 714 ( ) 715 ( ) 716 ( ) 717 ( ) 718 ( ) 719 ( ) 720 ( ) 721 ( ) 722 ( ) 723 ( ) 724 ( ) 725 ( ) 726 ( ) 727 ( ) 728 ( ) 729 ( ) 730 ( ) 731 ( ) 732 ( ) 733 ( ) 734 ( ) 735 ( ) 736 ( ) 737 ( ) 738 ( ) 739 ( ) 740 ( ) 741 ( ) 742 ( ) 743 ( ) 744 ( ) 745 ( ) 746 ( ) 747 ( ) 748 ( ) 749 ( ) 750 ( ) 751 ( ) 752 ( ) 753 ( ) 754 ( ) 755 ( ) 756 ( ) 757 ( ) 758 ( ) 759 ( ) 760 ( ) 761 ( ) 762 ( ) 763 ( ) 764 ( ) 765 ( ) 766 ( ) 767 ( ) 768 ( ) 769 ( ) 770 ( ) 771 ( ) 772 ( ) 773 ( ) 774 ( ) 775 ( ) 776 ( ) 777 ( ) 778 ( ) 779 ( ) 780 ( ) 781 ( ) 782 ( ) 783 ( ) 784 ( ) 785 ( ) 786 ( ) 787 ( ) 788 ( ) 789 ( ) 790 ( ) 791 ( ) 792 ( ) 793 ( ) 794 ( ) 795 ( ) 796 ( ) 797 ( ) 798 ( ) 799 ( ) 800 ( ) 801 ( ) 802 ( ) 803 ( ) 804 ( ) 805 ( ) 806 ( ) 807 ( ) 808 ( ) 809 ( ) 810 ( ) 811 ( ) 812 ( ) 813 ( ) 814 ( ) 815 ( ) 816 ( ) 817 ( ) 818 ( ) 819 ( ) 820 ( ) 821 ( ) 822 ( ) 823 ( ) 824 ( ) 825 ( ) 826 ( ) 827 ( ) 828 ( ) 829 ( ) 830 ( ) 831 ( ) 832 ( ) 833 ( ) 834 ( ) 835 ( ) 836 ( ) 837 ( ) 838 ( ) 839 ( ) 840 ( ) 841 ( ) 842 ( ) 843 ( ) 844 ( ) 845 ( ) 846 ( ) 847 ( ) 848 ( ) 849 ( ) 850 ( ) 851 ( ) 852 ( ) 853 ( ) 854 ( ) 855 ( ) 856 ( ) 857 ( ) 858 ( ) 859 ( ) 860 ( ) 861 ( ) 862 ( ) 863 ( ) 864 ( ) 865 ( ) 866 ( ) 867 ( ) 868 ( ) 869 ( ) 870 ( ) 871 ( ) 872 ( ) 873 ( ) 874 ( ) 875 ( ) 876 ( ) 877 ( ) 878 ( ) 879 ( ) 880 ( ) 881 ( ) 882 ( ) 883 ( ) 884 ( ) 885 ( ) 886 ( ) 887 ( ) 888 ( ) 889 ( ) 890 ( ) 891 ( ) 892 ( ) 893 ( ) 894 ( ) 895 ( ) 896 ( ) 897 ( ) 898 ( ) 899 ( ) 900 ( ) 901 ( ) 902 ( ) 903 ( ) 904 ( ) 905 ( ) 906 ( ) 907 ( ) 908 ( ) 909 ( ) 910 ( ) 911 ( ) 912 ( ) 913 ( ) 914 ( ) 915 ( ) 916 ( ) 917 ( ) 918 ( ) 919 ( ) 920 ( ) 921 ( ) 922 ( ) 923 ( ) 924 ( ) 925 ( ) 926 ( ) 927 ( ) 928 ( ) 929 ( ) 930 ( ) 931 ( ) 932 ( ) 933 ( ) 934 ( ) 935 ( ) 936 ( ) 937 ( ) 938 ( ) 939 ( ) 940 ( ) 941 ( ) 942 ( ) 943 ( ) 944 ( ) 945 ( ) 946 ( ) 947 ( ) 948 ( ) 949 ( ) 950 ( ) 951 ( ) 952 ( ) 953 ( ) 954 ( ) 955 ( ) 956 ( ) 957 ( ) 958 ( ) 959 ( ) 960 ( ) 961 ( ) 962 ( ) 963 ( ) 964 ( ) 965 ( ) 966 ( ) 967 ( ) 968 ( ) 969 ( ) 970 ( ) 971 ( ) 972 ( ) 973 ( ) 974 ( ) 975 ( ) 976 ( ) 977 ( ) 978 ( ) 979 ( ) 980 ( ) 981 ( ) 982 ( ) 983 ( ) 984 ( ) 985 ( ) 986 ( ) 987 ( ) 988 ( ) 989 ( ) 990 ( ) 991 ( ) 992 ( ) 993 ( ) 994 ( ) 995 ( ) 996 ( ) 997 ( ) 998 ( ) 999 ( ) 1000 ( ) 1001 ( ) 1002 ( ) 1003 ( ) 1004 ( ) 1005 ( ) 1006 ( ) 1007 ( ) 1008 ( ) 1009 ( ) 1010 ( ) 1011 ( ) 1012 ( ) 1013 ( ) 1014 ( ) 1015 ( ) 1016 ( ) 1017 ( ) 1018 ( ) 1019 ( ) 1020 ( ) 1021 ( ) 1022 ( ) 1023 ( ) 1024 ( ) 1025 ( ) 1026 ( ) 1027 ( ) 1028 ( ) 1029 ( ) 1030 ( ) 1031 ( ) 1032 ( ) 1033 ( ) 1034 ( ) 1035 ( ) 1036 ( ) 1037 ( ) 1038 ( ) 1039 ( ) 1040 ( ) 1041 ( ) 1042 ( ) 1043 ( ) 1044 ( ) 1045 ( ) 1046 ( ) 1047 ( ) 1048 ( ) 1049 ( ) 1050 ( ) 1051 ( ) 1052 ( ) 1053 ( ) 1054 ( ) 1055 ( ) 1056 ( ) 1057 ( ) 1058 ( ) 1059 ( ) 1060 ( ) 1061 ( ) 1062 ( ) 1063 ( ) 1064 ( ) 1065 ( ) 1066 ( ) 1067 ( ) 1068 ( ) 1069 ( ) 1070 ( ) 1071 ( ) 1072 ( ) 1073 ( ) 1074 ( ) 1075 ( ) 1076 ( ) 1077 ( ) 1078 ( ) 1079 ( ) 1080 ( ) 1081 ( ) 1082 ( ) 1083 ( ) 1084 ( ) 1085 ( ) 1086 ( ) 1087 ( ) 1088 ( ) 1089 ( ) 1090 ( ) 1091 ( ) 1092 ( ) 1093 ( ) 1094 ( ) 1095 ( ) 1096 ( ) 1097 ( ) 1098 ( ) 1099 ( ) 1100 ( ) 1101 ( ) 1102 ( ) 1103 ( ) 1104 ( ) 1105 ( ) 1106 ( ) 1107 ( ) 1108 ( ) 1109 ( ) 1110 ( ) 1111 ( ) 1112 ( ) 1113 ( ) 1114 ( ) 1115 ( ) 1116 ( ) 1117 ( ) 1118 ( ) 1119 ( ) 1120 ( ) 1121 ( ) 1122 ( ) 1123 ( ) 1124 ( ) 1125 ( ) 1126 ( ) 1127 ( ) 1128 ( ) 1129 ( ) 1130 ( ) 1131 ( ) 1132 ( ) 1133 ( ) 1134 ( ) 1135 ( ) 1136 ( ) 1137 ( ) 1138 ( ) 1139 ( ) 1140 ( ) 1141 ( ) 1142 ( ) 1143 ( ) 1144 ( ) 1145 ( ) 1146 ( ) 1147 ( ) 1148 ( ) 1149 ( ) 1150 ( ) 1151 ( ) 1152 ( ) 1153 ( ) 1154 ( ) 1155 ( ) 1156 ( ) 1157 ( ) 1158 ( ) 1159 ( ) 1160 ( ) 1161 ( ) 1162 ( ) 1163 ( ) 1164 ( ) 1165 ( ) 1166 ( ) 1167 ( ) 1168 ( ) 1169 ( ) 1170 ( ) 1171 ( ) 1172 ( ) 1173 ( ) 1174 ( ) 1175 ( ) 1176 ( ) 1177 ( ) 1178 ( ) 1179 ( ) 1180 ( ) 1181 ( ) 1182 ( ) 1183 ( ) 1184 ( ) 1185 ( ) 1186 ( ) 1187 ( ) 1188 ( ) 1189 ( ) 1190 ( ) 1191 ( ) 1192 ( ) 1193 ( ) 1194 ( ) 1195 ( ) 1196 ( ) 1197 ( ) 1198 ( ) 1199 ( ) 1200 ( ) 1201 ( ) 1202 ( ) 1203 ( ) 1204 ( ) 1205 ( ) 1206 ( ) 1207 ( ) 1208 ( ) 1209 ( ) 1210 ( ) 1211 ( ) 1212 ( ) 1213 ( ) 1214 ( ) 1215 ( ) 1216 ( ) 1217 ( ) 1218 ( ) 1219 ( ) 1220 ( ) 1221 ( ) 1222 ( ) 1223 ( ) 1224 ( ) 1225 ( ) 1226 ( ) 1227 ( ) 1228 ( ) 1229 ( ) 1230 ( ) 1231 ( ) 1232 ( ) 1233 ( ) 1234 ( ) 1235 ( ) 1236 ( ) 1237 ( ) 1238 ( ) 1239 ( ) 1240 ( ) 1241 ( ) 1242 ( ) 1243 ( ) 1244 ( ) 1245 ( ) 1246 ( ) 1247 ( ) 1248 ( ) 1249 ( ) 1250 ( ) 1251 ( ) 1252 ( ) 1253 ( ) 1254 ( ) 1255 ( ) 1256 ( ) 1257 ( ) 1258 ( ) 1259 ( ) 1260 ( ) 1261 ( ) 1262 ( ) 1263 ( ) 1264 ( ) 1265 ( ) 1266 ( ) 1267 ( ) 1268 ( ) 1269 ( ) 1270 ( ) 1271 ( ) 1272 ( ) 1273 ( ) 1274 ( ) 1275 ( ) 1276 ( ) 1277 ( ) 1278 ( ) 1279 ( ) 1280 ( ) 1281 ( ) 1282 ( ) 1283 ( ) 1284 ( ) 1285 ( ) 1286 ( ) 1287 ( ) 1288 ( ) 1289 ( ) 1290 ( ) 1291 ( ) 1292 ( ) 1293 ( ) 1294 ( ) 1295 ( ) 1296 ( ) 1297 ( ) 1298 ( ) 1299 ( ) 1300 ( ) 1301 ( ) 1302 ( ) 1303 ( ) 1304 ( ) 1305 ( ) 1306 ( ) 1307 ( ) 1308 ( ) 1309 ( ) 1310 ( ) 1311 ( ) 1312 ( ) 1313 ( ) 1314 ( ) 1315 ( ) 1316 ( ) 1317 ( ) 1318 ( ) 1319 ( ) 1320 ( ) 1321 ( ) 1322 ( ) 1323 ( ) 1324 ( ) 1325 ( ) 1326 ( ) 1327 ( ) 1328 ( ) 1329 ( ) 1330 ( ) 1331 ( ) 1332 ( ) 1333 ( ) 1334 ( ) 1335 ( ) 1336 ( ) 1337 ( ) 1338 ( ) 1339 ( ) 1340 ( ) 1341 ( ) 1342 ( ) 1343 ( ) 1344 ( ) 1345 ( ) 1346 ( ) 1347 ( ) 1348 ( ) 1349 ( ) 1350 ( ) 1351 ( ) 1352 ( ) 1353 ( ) 1354 ( ) 1355 ( ) 1356 ( ) 1357 ( ) 1358 ( ) 1359 ( ) 1360 ( ) 1361 ( ) 1362 ( ) 1363 ( ) 1364 ( ) 1365 ( ) 1366 ( ) 1367 ( ) 1368 ( ) 1369 ( ) 1370 ( ) 1371 ( ) 1372 ( ) 1373 ( ) 1374 ( ) 1375 ( ) 1376 ( ) 1377 ( ) 1378 ( ) 1379 ( ) 1380 ( ) 1381 ( ) 1382 ( ) 1383 ( ) 1384 ( ) 1385 ( ) 1386 ( ) 1387 ( ) 1388 ( ) 1389 ( ) 1390 ( ) 1391 ( ) 1392 ( ) 1393 ( ) 1394 ( ) 1395 ( ) 1396 ( ) 1397 ( ) 1398 ( ) 1399 ( ) 1400 ( ) 1401 ( ) 1402 ( ) 1403 ( ) 1404 ( ) 1405 ( ) 1406 ( ) 1407 ( ) 1408 ( ) 1409 ( ) 1410 ( ) 1411 ( ) 1412 ( ) 1413 ( ) 1414 ( ) 1415 ( ) 1416 ( ) 1417 ( ) 1418 ( ) 1419 ( ) 1420 ( ) 1421 ( ) 1422 ( ) 1423 ( ) 1424 ( ) 1425 ( ) 1426 ( ) 1427 ( ) 1428 ( ) 1429 ( ) 1430 ( ) 1431 ( ) 1432 ( ) 1433 ( ) 1434 ( ) 1435 ( ) 1436 ( ) 1437 ( ) 1438 ( ) 1439 ( ) 1440 ( ) 1441 ( ) 1442 ( ) 1443 ( ) 1444 ( ) 1445 ( ) 1446 ( ) 1447 ( ) 1448 ( ) 1449 ( ) 1450 ( ) 1451 ( ) 1452 ( ) 1453 ( ) 1454 ( ) 1455 ( ) 1456 ( ) 1457 ( ) 1458 ( ) 1459 ( ) 1460 ( ) 1461 ( ) 1462 ( ) 1463 ( ) 1464 ( ) 1465 ( ) 1466 ( ) 1467 ( ) 1468 ( ) 1469 ( ) 1470 ( ) 1471 ( ) 1472 ( ) 1473 ( ) 1474 ( ) 1475 ( ) 1476 ( ) 1477 ( ) 1478 ( ) 1479 ( ) 1480 ( ) 1481 ( ) 1482 ( ) 1483 ( ) 1484 ( ) 1485 ( ) 1486 ( ) 1487 ( ) 1488 ( ) 1489 ( ) 1490 ( ) 1491 ( ) 1492 ( ) 1493 ( ) 1494 ( ) 1495 ( ) 1496 ( ) 1497 ( ) 1498 ( ) 1499 ( ) 1500 ( ) 1501 ( ) 1502 ( ) 1503 ( ) 1504 ( ) 1505 ( ) 1506 ( ) 1507 ( ) 1508 ( ) 1509 ( ) 1510 ( ) 1511 ( ) 1512 ( ) 1513 ( ) 1514 ( ) 1515 ( ) 1516 ( ) 1517 ( ) 1518 ( ) 151

ESCALAS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA E AVALIAÇÕES DE RISCO

NOME: Guek Ronielson

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENFERMARIA/LEITO: 239/47

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) ALTA DEPENDÊNCIA ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS DATA: 01/07/2019

| SINAIS VITAIS |   |    |   |    |                     |            | ENTRADAS |           |            | SAÍDAS  |       |  |
|---------------|---|----|---|----|---------------------|------------|----------|-----------|------------|---------|-------|--|
| HORA          | T | P  | R | PA | SAT. O <sub>2</sub> | GLIC. CAP. | HV       | HEMO ORAL | SONDA ORAL | DIURESE | DRENO |  |
| 12            |   |    |   |    |                     |            |          |           |            |         |       |  |
| 18            |   | 66 |   |    |                     | 145/90     |          |           |            |         |       |  |
| 24            |   |    |   |    |                     |            |          |           |            |         |       |  |
| 06            |   |    |   |    |                     |            |          |           |            |         |       |  |

| ESCALA DE BRADEN:                                                                           |  |  | CONTROLE: |                            | MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X" |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------|----------------------------|---------------------------------|--|
|                                                                                             |  |  | PONTOS:   | CONTROLE:                  |                                 |  |
| * PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):<br>1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma      |  |  | 4         | ALTO RISCO<br>ART: <12     |                                 |  |
| * UNIDADE (Mobilidade):<br>1-Completamente / 2-Muito / 3-Ocasionalmente / 4-Nenhuma         |  |  | 4         | MEDIO RISCO<br>MR: 12 a 14 |                                 |  |
| * ATIVIDADE:<br>1-Acamado / 2-Cadeira rodas / 3-Anda Ocasionalmente / 4-Anda Frequentemente |  |  | 3         | BAIXO RISCO<br>BR: >14     |                                 |  |
| * MOBILIDADE (Limitação):<br>1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma               |  |  | 3         |                            |                                 |  |
| * NUTRIÇÃO:<br>1-Muito pobre / 2-Inadequada / 3-Adequada / 4-Excelente                      |  |  | 3         |                            |                                 |  |
| * FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:<br>1-Problema / 2-Problema Potencial / 3-Nenhuma Problema        |  |  | 3         |                            |                                 |  |
| TOTAL:                                                                                      |  |  | 21        |                            |                                 |  |

| ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):                                                                                                        |  |  | CONTROLE: |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                                                                                                                                          |  |  | PONTOS:   | SEM RISCO<br>SR: 0-24 |
| 1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0                                                                                               |  |  | 0         |                       |
| 2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0                                                                                            |  |  | 0         |                       |
| 3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:<br>Mobilidade / Paredes - 30 / Muletas / Bengala/Andador - 15 / Nenhum/Acamado/Auxílio Profissional Saúde - 0 |  |  | 0         |                       |
| 4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0                                                                                                  |  |  | 20        |                       |
| 5. MARCHA:<br>Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sim deambulação: acamado, cadeira de rodas - 0                     |  |  | 0         |                       |
| 6. ESTADO MENTAL:<br>Superalina capacidade / Esqueça limitação - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação - 0          |  |  | 0         |                       |
| TOTAL:                                                                                                                                   |  |  | 20        |                       |

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: ☒ Consciente ☐ Orientado ( ) Torporoso ( )  
Glasgow: AO / RV / RM =

2. Locomoção: ☒ Deambula ( ) Acamado ☒ Restrito ao leito por orientação  
( ) Paratésia ( ) Plegia ( ) Hemiparesia

3. Respiração: ☒ Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) TQT ( )  
( ) Sem O<sub>2</sub> ( ) Com O<sub>2</sub>:

4. Sistema Cardiovascular: ( ) BNR ( ) BNF ( ) 2T ☒ Normocárdico  
( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Outros:

5. Dieta: ☒ SVO ( ) SNE/SNG ( ) SOE/SOG ( ) GTT ( ) NPT ( ) Dieta zero  
( ) Boa aceitação ( ) Aceita Parcialmente ( ) Não aceita ( )

6. Abdômen: ☒ Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Rígido/Tenso  
( ) Timpânico ( ) Doloroso ( ) Indolor ( ) Outros:

7. Pele e mucosas: ☒ Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Integro  
( ) Edema/Anasarca ☒ Hidratado ( ) Lesões Bolhosas

8. Escoriações  
( ) Escoriações

8. Hidratação: ☒ JAVP ☒ JAVC ( ) Torácico ( ) JDVE ( ) Kher

9. Drenos: ( ) Suctor ( ) Penrose ( ) Outros:

10. Diurese: ☒ Espontânea ( ) Dispositivo Urinário ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Normal  
( ) Reduzida ( ) Hematúria ( ) Outros:

11. Evacuações: ( ) Presentes ( ) Constipado dias ( ) Diarréia dias  
( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Outros:

12. Admissão: 12.1: Alergias ( ) Não ☒ Sim, Quais? patologia  
12.2: Cirurgia Anterior: ( ) Não ☒ Sim, Quais? Data? 01/07/19  
12.3: Comorbidades: Diabetes ( ) DM ( ) HAS ( ) Outros, Quais?  
12.4: Medicamentos de uso contínuo:

Paciente admitido no leito de  
esta unidade proveniente do posto  
de enfermagem de clareamento  
de sangue para análise.

80:00 esperança no 1º bloco de  
esperança de vida com futuro de  
clareamento de sangue, com agendamento  
urgente para análise.



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

CORREGIDOR

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE

SARCA NOVISSO

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

ENF. OU APT

LEITO

DATA DE NASCIMENTO

239

47

MÉDICO ASSISTENTE

ALERGIAS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Fus. cefalica  
Fus. + BIA  
Dipirona - 319 08 066  
Tetrac. - 519 08 10/11/12

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

6:30 - Sucesso em C.C.

Carta de

Gerente da Clínica

Jane Simão  
Médica 047467  
SANEAMUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Reserva FMM  
Médica 047467  
Otorrinolaringologia

CC Analisa

H. AMO

Dr. Cláudio de Oliveira Neto  
Médico Otorrinolaringologista  
CRM-PR 2524

MÉDICO / CRM:





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

242204

219544

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da Internação:<br><b>242204</b> |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> |                                        |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                       |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 5-Nome: <b>ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA</b>                     | 6 - Prontuário: <b>515584</b>   |
| 7-CNS: <b>708605582739585</b>                                         | 8-Nascimento: <b>10/04/2000</b> |
| 9-Sexo: <b>Masculino</b>                                              | CPF: <b>071.184.763-07</b>      |
| 11-Mãe: <b>EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA</b>                       | 12-Fone: <b>86-99581-7295</b>   |
| 13-Resp: <b>CONCEICAO NERES</b>                                       | 14-Cor: <b>Sem Informação</b>   |
| 15-Ender: <b>QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010</b> |                                 |
| 16-Munic: <b>TERESINA</b>                                             | 17-Cod. IBGE: <b>221100</b>     |
|                                                                       | 18-UF: <b>PI</b>                |
|                                                                       | 19-CEP: <b>64000-010</b>        |

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>Doença de fratura de tibia</b>    |
| 21 - Condições que justificam a internação:                                         |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br><b>Fratura da diáfise da tibia</b>                       |
| 24-CID Prin: <b>S822</b>                                                            |
| 25-CID Sec.: <b></b>                                                                |
| 26-CID C.Ass.: <b></b>                                                              |

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|                                                                                          |                                                                                           |                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.: <b>0408050500</b>                                                        | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b> | Tempo SUS<br><b>4</b>                                                       |
| 29-Clinica:                                                                              | 30-Caráter: Ident.: <b>02</b>                                                             | 31-Docum.: <b>01</b>                                                        |
|                                                                                          | 32-Doc. Méd. Solic.: <b>622.384.263-53</b>                                                |                                                                             |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>01/07/2019</b>                                                 | Dr. Paulo Henrique L. Pessoa Filho<br>Ortopedia/Traumatologia<br>CRM - 1367 |
|                                                                                          |                                                                                           | 35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)                                             |

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

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

**AUTORIZAÇÃO**

|                                        |                                         |                                                                                                                              |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:<br><b>31/07/19</b> | Celso Pires Ferreira Filho<br>Assessor de Apoio às ORCANFMS<br>CRM - PI 4638 - CPF 760.561.572-9<br>CNS 20000000000000000000 |
| 48-Documeto:<br>( ) CNS ( ) CPF        | 49-Num. Documento:                      | 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)                                                                                               |

|                                                                                   |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51 Assinatura Paciente ou Responsável:<br><b>Edvanir Rodrigues Rocha de Moura</b> | Usuário: (VALDENICE MENDES)<br>Consulta Local: 728976<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 01/07/2019 11:26:53 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Nº LAUDO: 219544  
AIH: 2219100469575

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

**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    | NOME DO PACIENTE                   | NASCIMENTO                        | SEXO        | PRONTUÁRIO    |
|               | ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA | 10/04/2000                        | M           | 515584        |
| DOCUMENTO CPF | TELEFONE                           | NOME DA MÃE                       | RESPONSÁVEL |               |
|               |                                    | EDIVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA | ERICK       |               |
| CEP           | ENDEREÇO - LOGRADOURO              |                                   |             | NUMERO / LOTE |
|               |                                    |                                   |             | 0000          |
| BAIRRO        | COMPLEMENTO                        | MUNICÍPIO                         | UF          |               |
| RENACENSA III |                                    | TERESINA                          | PI          |               |

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA MID

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRATAMENTO CIRURGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                        |                   |                          |
|----------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL | CID 10 SECUNDARIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA     |                   |                          |

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

**LEITO/CLÍNICA**  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

**CARÁTER**  
URGENCIA

**DATA SOLICITAÇÃO**  
01/07/2019

PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
CPF: 62238426333

CRM:

**DATA ADMISSÃO**  
01/07/2019 10:10

**DATA ALTA**  
06/07/2019 11:58

**MOTIVO ALTA**  
PERMANENCIA POR REOPERACAO

**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

CELSON PIRES FERREIRA FILHO  
CPF: 7635633791

CRM:

DATA ANALISE: 01/07/2019 12:11:56

CPF

PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
Matricula: 017457  
SANE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

|                            |                                                                               |               |             |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Nome do Paciente           | Erick Privalon Rodolpho de Sousa                                              |               |             |
| Diagnóstico pré-operatório | Folha 5 <sup>ma</sup> (D)                                                     |               |             |
| Operação - Tipo            | RIFI - Osteomielite                                                           |               |             |
| Cirurgião                  | Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto<br>Médico Ortopedista<br>CRM-PI 3854 / RQE 2425 | 1º Assistente | Ala Praline |
| 2º Assistente              |                                                                               | 3º Assistente |             |
| Instrumentador(a)          | Anestesista                                                                   | Anestesia     |             |
| Anestésico(a)              |                                                                               |               |             |
| Data da Operação           | 02/07/19                                                                      | Início        | Fim         |
| Diagnóstico Pós-operatório | O útero + # Clamello (D)                                                      |               |             |

Relatório Imediato do Patologista

✓

Acidente Durante a Operação

✓

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

- Paciente Ab anestesia - Cefepim e Antibiótica  
- Anestesia com folha 5<sup>ma</sup> (D)  
- clomoxone - Redução de fratura e/ou  
de 4.5 - Remoção - Enxerto  
- Alveolo - Clomoxone

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3854 / RQE 2425

Jane Simone Lima Dias de Souza  
Médica - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02, 07 19

|                   |                                                     |             |           |
|-------------------|-----------------------------------------------------|-------------|-----------|
| NOME DO PACIENTE: | Gilda Ravelly Rodrigues de Menezes                  |             |           |
| DIAGNÓSTICO:      | fechura do fêmur D                                  | CIRURGIA:   | Ortopedia |
| ANESTESIA:        | bloqueio                                            | Nº DA SALA: | 02        |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto<br>Médico Ortopedista | CPF Nº:     |           |
| AUXILIAR:         | CRM-PI 3054 / RQE 2425                              | CPF Nº:     |           |
| ANESTESIA:        |                                                     | CPF Nº:     |           |
| INSTRUMENTADORA:  |                                                     | CPF Nº:     |           |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 2      |       | LÂMINA DE BISTURI Nº 24 | UNID.  | 1      |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | -      |       | LUVA Nº 7,5             | PAR    | 2      |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 1      |       | LUVA Nº 7,0             | PAR    | 2      |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 1      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR    | 8      |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE        | ML     | 100    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO             | ML     | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 50     |       | PVPI TINTURA            | ML     | -      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 2      |       | SERINGA 20CC            | UNID.  | 1      |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 1      |       | SERINGA 10CC            | UNID.  | 1      |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 40     |       | SERINGA 5CC             | UNID.  | 1      |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC             | UNID.  | -      |       |
| FORMOL                  | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO        | FRASCO | 3      |       |
| GASES                   | PAC.  | 5      |       | SONDA URETRAL           | UNID.  | -      |       |
| JELCO Nº                | UNID. | -      |       |                         |        |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA              |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  | -     |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | -     |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  | -     |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  | -     |        |       |                         |        |        |       |
| ALCOFIL                 | -     |        |       |                         |        |        |       |
| MONONYLON Nº 2          | -     |        |       |                         |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          | -     |        |       | ENFERMARIA:             |        |        |       |
| VICRYL Nº 0             | -     |        |       | CIRCULANTE: Katia       |        |        |       |
| PROLENE                 | -     |        |       |                         |        |        |       |





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                          |                          |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| 1- Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação:<br><b>242204</b> |
| 3- Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> |                                           |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                                                                 |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 5- Nome: <b>ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA</b>                                                              | 6 - Prontuário: <b>515584</b> |
| CNS: <b>708605582739585</b> 8-Nascimento: <b>10/04/2000</b> 9-Sexo: <b>Masculino</b> CPF: <b>071.184.763-07</b> |                               |
| 11-Mãe: <b>EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA</b>                                                                 | 12-Fone: <b>86-99581-7295</b> |
| 13-Resp: <b>CONCEICAO NERES</b>                                                                                 | 14-Fone: <b>86-99581-7295</b> |
| 15-End: <b>QUADRA E CASA 041 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010</b>                                            |                               |
| 16-Munic: <b>TERESINA</b> 17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>                  |                               |

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

|                                   |                                                                 |  |                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------|
| 1-Cod.Proced.Princip.             | 30 - Procedimento Principal / Descrição:                        |  |                         |
| 0408050500                        | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA             |  |                         |
| 31-Cod.Procedi-<br>mento Especial | 32 - Descrição do Procedimento Especial:                        |  | Quant. Soli-<br>cidata: |
| 0702030902                        | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS) |  | 1                       |
| Fornecedor da OPM: SPINE          |                                                                 |  |                         |

|                                                                       |                                               |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 38-Profissional Responsável:<br><br>PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO | 40-Tp. Documento:<br><br>CPF                  |  |
| 39-Data Solicitação:<br><br>02/07/2019                                | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><br>622.384.263-53 |                                                                                       |
| 41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)                                         |                                               |                                                                                       |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| <b>FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA PERNA DIREITA</b> |
|----------------------------------------------------|

**AUTORIZAÇÃO**

|                                        |                                    |                              |
|----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 48-CNS/CPF:                  |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização: |                                    | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

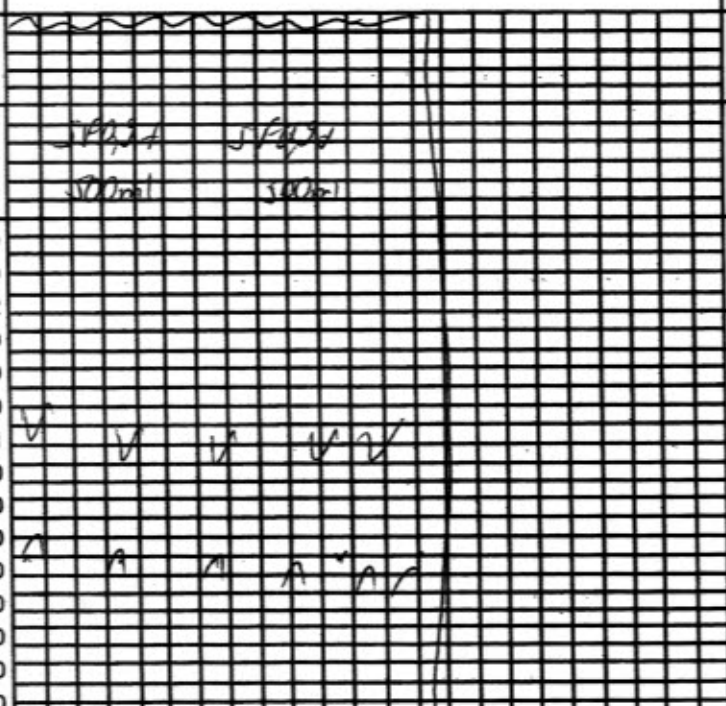
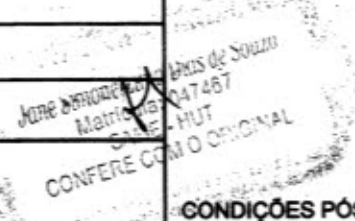
|                                                                     |                                         |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50. Nome do Profissional/parecer controle<br>de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>31/07/19</b> | 52-CNS/CPF:<br><b>Celso Pires Ferreira Filho</b><br>Assessor de Auditoria<br>CRM-PI 1639 / CPF 755.365.51-9 |
|                                                                     |                                         | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)                                                                                |

(CAIO VAZ)

Jane Simoes Lima Dias de Souza  
Município: 047467  
S.M.E - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

|                                                                           |                                |                                        |                                                                                     |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| NOME DO PACIENTE <i>Enick Ronilson Rodrigues de Moura</i>                 |                                |                                        |                                                                                     |                  |            | Nº DE REGISTRO                                                                       |                   |  |
| DATA: <i>02/06/19</i>                                                     | P. ARTERIAL <i>130x90 mmHg</i> | PULSO <i>70 bpm</i>                    | RESPIRAÇÃO                                                                          | TEMPERATURA      | PESO       | ALTURA                                                                               |                   |  |
| EXAMES DE SANGUE                                                          | GR. SANGÜÍNEO                  | HEMATIMETRIA                           | HEMOGLOBINEMIA                                                                      | HEMATOCRITOS     | GLICEMIA   | DOS. URÉIA                                                                           |                   |  |
| EXAMES DE URINA                                                           |                                |                                        |                                                                                     |                  |            |                                                                                      |                   |  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Paciente hemodinamicamente estável com queixas</i> |                                |                                        |                                                                                     |                  |            |                                                                                      |                   |  |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Pulso alongado e paroxismal</i>                   |                                |                                        |                                                                                     |                  |            | ELETROCARDIOGRAMA                                                                    |                   |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Negs comorbidades</i>                             |                                |                                        |                                                                                     |                  |            | ASMA                                                                                 | BRONQUITE         |  |
| SISTEMA DIGESTIVO                                                         |                                |                                        |                                                                                     | SISTEMA URINÁRIO |            |                                                                                      |                   |  |
| ESTADO MENTAL                                                             |                                |                                        |                                                                                     | CORTICOIDES      | ATARAXICOS | OUTROS                                                                               |                   |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                                |                                |                                        |                                                                                     |                  |            | FÍSICOS                                                                              |                   |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                                             |                                |                                        |                                                                                     | APLICADO AS      | EFEITOS    |                                                                                      |                   |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                       |                                | OXIGÊNIO                               |  |                  |            |                                                                                      | TOTAL DE DOSES    |  |
| LÍQUIDOS                                                                  |                                | SO-UTO 500<br>SANGUE 400<br>OUTROS 100 |                                                                                     |                  |            |                                                                                      | SEQUÊNCIA         |  |
| TEMPERATURA T                                                             |                                | Cº                                     |                                                                                     |                  |            |                                                                                      | 1 Glauцина 2g     |  |
| P. ARTERIAL V O PULSO                                                     |                                | 38                                     |                                                                                     |                  |            |                                                                                      | 2 Dupivacoma 15mg |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                                  |                                |                                        | 3 Morfina 80mg                                                                      |                  |            |                                                                                      |                   |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                                     |                                |                                        | 4 Midazolam 5mg                                                                     |                  |            |                                                                                      |                   |  |
| RESPIRAÇÃO O                                                              |                                |                                        | 5 Dignona 2g                                                                        |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 6 Dexmedetomidina 10g                                                               |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 7 Ondansetrona 4mg                                                                  |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 8 Paracetamol 40mg                                                                  |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 9                                                                                   |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 10                                                                                  |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 11                                                                                  |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 12                                                                                  |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 13                                                                                  |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 14                                                                                  |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        | 15                                                                                  |                  |            |                                                                                      |                   |  |
| SÍMBOLOS                                                                  |                                |                                        |                                                                                     |                  |            | DURAÇÃO                                                                              |                   |  |
| TÉCNICAS <i>Laryngeal Mask Airway</i>                                     |                                |                                        |                                                                                     |                  |            | INCIDENTE - ACIDENTE                                                                 |                   |  |
| OPERAÇÕES <i>Int. cirurg. feto de 11.10</i>                               |                                |                                        |                                                                                     |                  |            |  |                   |  |
| CIRURGIÕES <i>Dr. Carlos</i>                                              |                                |                                        |                                                                                     |                  |            |                                                                                      |                   |  |
| ANESTESISTAS <i>João Filho CRM-5826</i>                                   |                                |                                        |                                                                                     |                  |            |                                                                                      |                   |  |
| PARITICULARIDADES                                                         |                                |                                        |                                                                                     |                  |            |                                                                                      |                   |  |
|                                                                           |                                |                                        |                                                                                     |                  |            | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS                                                   |                   |  |




**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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)  
 Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976  
 Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
 Controle: 1251559 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/07/2019

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas transversas completas recentes desalinhas na diáfise proximal da tíbia e fíbula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)  
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976  
Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1251558 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 01/07/2019

**CLAVÍCULA DIREITA**

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável




**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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)  
 Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976  
 Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
 Controle: 1251557 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 01/07/2019

**TORAX PA**

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

**CONCLUSÃO: EXAME NORMAL**

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)  
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976  
Requisição: 971470 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1251610 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 01/07/2019

**PE OU PODODACTILO DIREITO**

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





# 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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)  
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976  
Requisição: 971470 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1251609 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Data Exame: 01/07/2019

Cod. SIA: 0204060168

### PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas transversas completas recentes desalinhadas na diáfise proximal da tíbia e fíbula.
- Aumento do volume das partes moles.

TERESINA - PI 20/07/2019

(JOAO ANTONIO)

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável





**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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)  
 Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 242204  
 Requisição: 971789 Solicitação: 02/07/2019 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
 Controle: 1252243 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 47

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 02/07/2019

**CLAVICULA DIRETA**

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável




**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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)  
 Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 242204  
 Requisição: 971789 Solicitação: 02/07/2019 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
 Controle: 1252242 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 47

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 02/07/2019

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna com presença de placa e parafusos metálicos.
- Aumento do volume das partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Erick Ronielson Rodrigues de Moura.  
1302535

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.874.361 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/06/18

NOME ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

FILIAÇÃO EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA  
RONILSON SOUZA DE MOURA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 10/04/2000

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 1986 L A05 F 186

CPF EXP TERESINA-PI 26/05/00  
071.184.763-07

1302535

Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
Assinatura do titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - 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"

120

POLEGAR DIREITO

0476263

*Nelle Roze Soares Marques*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 81/F 141  
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

*Pedro Gomes de Moraes*  
Perito Criminal

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340807/19

**Vítima:** ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOUI

**CPF:** 071.184.763-07

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 01/07/2019

**Titular do CPF:** ERICK RONIELSON  
RODRIGUES DE MOURA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91**

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

**ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA : 071.184.763-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190562542 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.  
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO OMBRO DIREITO. P7  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA DIREITA. P20  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros         | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 30 %      | R\$ 4.050,00          |