



Número: **0800015-71.2020.8.18.0061**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Miguel Alves**

Última distribuição : **30/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                  |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS (AUTOR)                        |                    | ANA MARIA SALES DE CASTRO (ADVOGADO)                                           |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                                                                |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                                                                |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                                                      | Tipo                    |
| 9363630                                                    | 27/04/2020 11:07   | <a href="#">Despacho</a>                                                       | Despacho                |
| 8413534                                                    | 18/02/2020 00:06   | <a href="#">Certidão de triagem positiva</a>                                   | Certidão                |
| 8126336                                                    | 30/01/2020 20:59   | <a href="#">Petição Inicial</a>                                                | Petição Inicial         |
| 8126337                                                    | 30/01/2020 20:59   | <a href="#">INICIAL PDF</a>                                                    | Petição                 |
| 8126338                                                    | 30/01/2020 20:59   | <a href="#">PROCURACAO DOC PESSOAIS PROC ADMINISTRATIVO BOLETIM INTERNAÇÃO</a> | Procuração              |
| 8126340                                                    | 30/01/2020 20:59   | <a href="#">PRONTUÁRIOS I</a>                                                  | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 8126501                                                    | 30/01/2020 20:59   | <a href="#">PRONTUARIOS II -CIRURGIA E UTI</a>                                 | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 8126503                                                    | 30/01/2020 20:59   | <a href="#">PRONTUARIO III LAUDOS ATESTADOS EXAMES E DOC MOTO</a>              | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**Vara Única da Comarca de Miguel Alves DA COMARCA DE MIGUEL ALVES**  
Rua São Pedro, nº 35, Centro, MIGUEL ALVES - PI - CEP: 64130-000

**PROCESSO Nº: 0800015-71.2020.8.18.0061**  
**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**  
**AUTOR: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**

**Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**  
**Endereço: LC TAMANDUA, SN, ZONA RURAL, MIGUEL ALVES - PI - CEP: 64130-000**

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

**Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**  
**Endereço: Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par 5 ANDAR 6 9 14, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205**

**MANDADO**

**Em cumprimento ao DESPACHO-CARTA(Provimento CGJ nº38/2014) abaixo fica a REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. ciente do conteúdo abaixo:**

**DESPACHO - CARTA**

1. Vistos. A petição inicial satisfaz os requisitos legais, razão pela qual a recebo. Processe-se sob o rito sumaríssimo. Defiro o benefício da justiça gratuita por satisfazer a autora, ao menos aparentemente, os requisitos exigidos pela lei de regência. Preliminarmente, é de ser frisado que o presente procedimento prescinde do pagamento de custas ou de despesas de um modo geral (Lei 9.099/95, art. 54). Designo o dia 04/08/2020, às 10:00h, para realização de audiência de conciliação, instrução e julgamento, devendo a parte autora ser intimada e a(o) Ré(u) ser citado(a), via correios, com aviso de recebimento, para comparecerem munidos das provas capazes de comprovar as alegações deduzidas. Deverá o(a) ré(u) ser esclarecido(a) das consequências do seu não comparecimento, pois na ocasião da audiência ser-lhe-á oportunizado o exercício do direito de defesa. Expeça-se carta precatória citatória, se o(a) ré(u) residir em comarca diversa e não for possível a citação pelos correios. Deverá constar dos expedientes a advertência de que, em regra, a audiência é una. Cumpra-se, com as formalidades legais. Expedientes necessários.
2. **DETERMINO QUE O PRESENTE DOCUMENTO SIRVA, AO MESMO TEMPO, COMO DESPACHO E COMO MANDADO/CARTA, PARA CUMPRIMENTO PELOS CORREIOS MEDIANTE CARTA ARMP.**

MIGUEL ALVES-PI, 23 de abril de 2020.

**Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Miguel Alves da Comarca de MIGUEL ALVES**



**PROCESSO Nº: 0800015-71.2020.8.18.0061**  
**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**  
**AUTOR: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **Certidão de Triagem**

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação, do comprovante de residência e a declaração de hipossuficiência, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

MIGUEL ALVES-PI, 18 de fevereiro de 2020.

**ILMARA CHAVES LINARD**  
analista judicial



petição



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE  
DIREITO DA COMARCA DE MIGUEL ALVES –PI**

**RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** brasileiro, lavrador , inscrito no CPF/MF sob número 39451313320 e Registro Geral sob o N59129754 com endereço na localidade tamanduá , zona rural nesta cidade por meio de suas advogadas abaixo subscritas, e-mail: [amc.adv@hotmail.com](mailto:amc.adv@hotmail.com) e cel : 86-99926-8642 vem respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT**

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

**I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:**

A parte autora é hipossuficiente, encontra-se desempregado, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, o benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante o acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos, para apreciação de Vossa Excelência, cópia da carteira de trabalho do requerente.



## II. DOS FATOS:

A parte autora em 11/06/2019 conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO) sofreu acidente de trânsito do tipo colisão, estando na situação de condutor de um dos da moto honda NXR BROS ES. Do evento, restou o demandante com acentuadas lesões corporais.

Posteriormente ao fato, a requerente foi encaminhada para atendimento médico, **sendo diagnosticado que o mesma sofrera muita fraturas no seu corpo PASSOU ATÉ POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA e INTERNAÇÃO EM UTI** inclusive recomendando-se o afastamento de eventuais atividades.( LAUDOS E PRONTUÁRIOS EM ANEXO)

Ocorre que em 16/01/2020 foi pago o valor de **R\$ 5.062,50 CINCO mil e seiscentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos em processo ADMINISTRATIVO DE DPVAT em anexo, quando deveria ser pago o valor de R\$ 13.500,00 TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS.**

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pela autora.**

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida pela autora.**

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autora, juntou ao seu pedido administrativo para recebimento da indenização do seguro DPVAT, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.



Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo, solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, pois injustificadamente, a demandada efetuou o pagamento de um valor muito aquém do que deveria, não havendo outra forma da demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

### III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta, a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torna-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

*O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. **É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte,***



*invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).*

*A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT. **O diretor presidente da Seguradora Líder-DPVAT, Ricardo Xavier, explica que o procedimento para o recebimento do seguro pelas vítimas de trânsito é simples e alerta para o fato de que não é necessário intermediário para dar entrada no pedido de indenização.** “Ninguém melhor que o próprio cidadão para preservar seus direitos. Há seguradoras em todo o Brasil para receber as vítimas de trânsito. Basta apresentar os documentos na seguradora escolhida no prazo de três anos a contar da data da ocorrência do acidente,” afirma.*

*O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte ou Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares é de 3 anos a contar da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.*

*Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.*





Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

*Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

*I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;*

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*

*III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à demandante:

**APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes.**



APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

**APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT.** Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

**APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado. 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA.** (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando a demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito da mesma ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:



Súmula 474

***“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”***

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através de perícia médica e posterior enquadramento da invalidez na tabela de danos segmentares**, ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

#### **IV. DOS PEDIDOS:**

**ANTE O EXPOSTO**, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente Ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER:**

**4.1.** nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

**4.2.** Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;



4.2.1. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já, em virtude da necessidade de realização de perícia médica, manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;

**4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que seja ratificada a constatação da invalidez permanente remanescente na parte demandante e posteriormente quantificado o real valor devido a esta;**

**4.4.** Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

4.4.1. Seja declarada devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre;

4.4.2. Condenar a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso. Sendo que a diferença do valor pago administrativamente para o valor que efetivamente deveria ter sido pago, deve ser quantificado, levando-se em consideração a perícia médica a ser realizada, com posterior enquadramento na tabela de danos segmentares constante no artigo 3º da Lei 6.194/74;

4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

**5.** Requer ainda, a produção de todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de R\$ 10.000,00 dez mil reais para efeitos fiscais .

Termos em que

Pede deferimento.



ANAMARIA S CASTRO

OAB /PI 6247

LIANAYRA COSTA AQUINO

OAB /PI7876



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Raimundo Rodrigues de Assis

RG: 59.122.975-4 CPF: 394.513133-20

ENDEREÇO: LC Tamandua Zona Rural

CIDADE: Miguel Alves ESTADO: PI

OUTORGADAS: LIANAYRÁ COSTA DE AQUINO OAB-PI 7E76, com escritório profissional situado na Av. Miguel Rosa nº 5044, Sul, Teresina-PI. e Anamaria Castro OAB PI 6247

Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui a outorgada como suas procuradoras, a quem confere amplos e limitados poderes do Art. 38 do código de processo Civil, para o foro em geral, com a cláusula **AD JUDICIA ET EXTRA**, com o fim de defenderem os interesses e direitos do(a) outorgante perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, especialmente contra o INSS, propondo ação competente em que o(a) outorgante seja autor (a) ou reclamante, defendendo o (a) quando for réu (ré), interessado(a) ou requerente(a), podendo, para tanto, renunciar, confessar, receber citação, firmar compromisso, prestar declarações, reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar a respectiva quitação de valores junto a qualquer Instituição Bancária, para poder instituir cadernetas de poupança em quaisquer repartições financeiras, podendo praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato e, ainda, substabelecer no todo ou em parte os poderes outorgados, quando tudo, firme e valioso.

Miguel Alves 20 de dezembro de 2019

Anamaria Castro  
Outorgante



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Raimundo Rodrigues de Assis,  
nacionalidade brasileira estado civil solteiro,  
profissão lavrador, portador(a) do RG nº 59.122.975-4 do  
CPF nº 394.51313320, residente e  
domiciliado(a) LC Tamandua B Rural em Miguel Alves,  
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não  
tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente  
processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando,  
portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 96 e seguintes da  
Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o  
benefício abranja a todos os atos do processo.

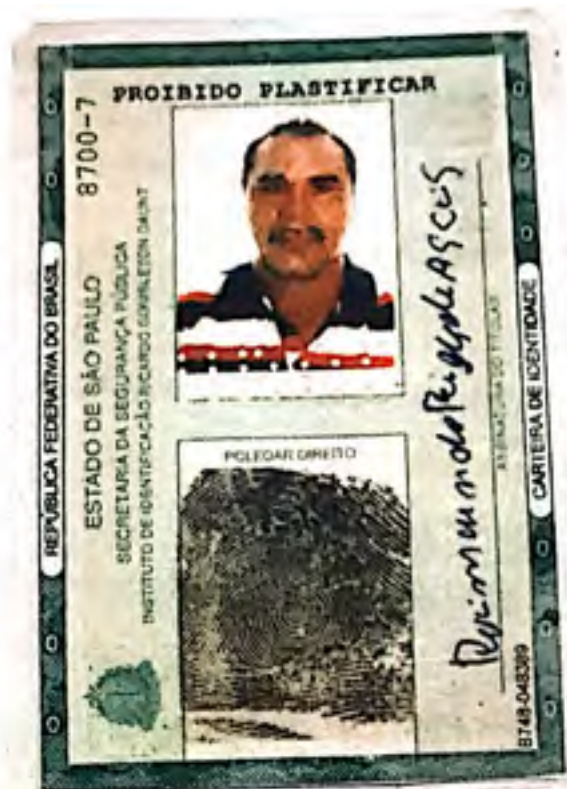
Local Miguel Alves 20 / 12 / 2019.

Raimundo Rodrigues de Assis

NOME COMPLETO







Scanned with CamScanner





**equatorial**  
ENERGIA

PARA CONTATO  
consulte o número  
ou o NÚMERO

SEMPRE PAGO

1689373-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 640.745-0001-89 | Insc. Estadual: 19.381.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI 06/98

Nº da Nota Fiscal: 40273338  
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\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| NOVEMBRO/2019 | 27/11/2019 | 172           | 167,73              |

RATMUNDO RODRIGUES DE ASSIS  
LC TAMANDUÁ S/N - R-RURAL  
CPF: 00039451313320

CPF: 00039451313320 - MIGUEL ALVES ROYAL - CPF: 00039451313320

|                             |        |                           |                  |
|-----------------------------|--------|---------------------------|------------------|
| Atual:                      | 2026   | Atual:                    | 20/11/2019       |
| Anterior:                   | 1854   | Anterior:                 | 21/10/2019       |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  | Próxima Leitura:          | 19/12/2019       |
| Consumo Medido:             | 172    | Emissão:                  | 19/11/2019       |
| Consumo Faturado:           | 172    | Apresentação:             | 20/11/2019       |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL | Código de Irregularidade: | Dias de Consumo: |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |

|             |      |          |  |         |     |
|-------------|------|----------|--|---------|-----|
| RESIDENCIAL | MONO | A2153632 |  | 1.1.1.1 | 168 |
|-------------|------|----------|--|---------|-----|

| HISTÓRICO kWh   |     | DESCRIÇÃO DA CONTA                 |        |
|-----------------|-----|------------------------------------|--------|
| Mês/ano consumo |     |                                    |        |
| OUT/19          | 179 | CONSUMO 172 A R\$ 0,902160         | 155,17 |
| SET/19          | 172 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (CCSIP)     | 8,91   |
| AGO/19          | 162 | MULTA POR ATRASO 18/10-00          | 3,18   |
| JUL/19          | 195 | JUROS POR ATRASO 18/10-00          | 0,47   |
| JUN/19          | 243 | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,85  |        |
| MAI/19          | 282 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,77 |        |
| ABR/19          | 226 |                                    |        |
| MAR/19          | 70  |                                    |        |
| FEV/19          | 103 |                                    |        |
| JAN/19          | 111 |                                    |        |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 9 172 - 0 64810

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Parabéns! Até o dia 19/11/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

#### RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Atribuição:               | 32,62 | Base de Cálculo:        | 155,17 |
| Energia:                  | 63,01 | Alíquota ICMS:          | 22,00% |
| Transmissão:              | 10,65 | Valor do ICMS:          | 34,13  |
| Encargos:                 | 5,21  | Valor do PIS:           | 1,70   |
| Tributos:                 | 43,68 | Valor do COFINS:        | 7,85   |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Scanned with CamScanner





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000193/2019-13

Unidade de Registro: DP DE MIGUEL ALVES

Resp. pelo Registro: Diego Lima Coelho

Data/Hora: 27/11/2019 - 12:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MIGUEL ALVES

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

MIGUEL ALVES

Endereço

LOCALIDADE PARAISO, Nº:

Complemento

Data/Hora

24/05/2019 - 07:00

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

RG: 591229754 SP

Mãe: LUIZA RODRIGUES DE SOUSA

Pai: FRANCISCO XAVIER DE ASSIS

Endereço: LOCALIDADE TAMANDUÁ, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: MIGUEL ALVES

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

| Marca:    | Modelo:         | Ano: | Placa:  | Chassi:           | Renavam:  | Cor:     |
|-----------|-----------------|------|---------|-------------------|-----------|----------|
| 1 - HONDA | CG 150 TITAN KS | 2005 | LWD7107 | 9C2KC08105R872469 | 862134986 | Vermelha |

Condutor: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

End: LOCALIDADE TAMANDUÁ Número: Complemento:

Cidade: MIGUEL ALVES UF: PI Bairro:

Proprietário: JOSE IVANILDO NASCIMENTO

Cidade: MIGUEL ALVES UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta delegacia para relatar que, na data e hora acima citada, estava pilotando a motocicleta, acima descrita, na localidade Paraíso, levando na garupa seu colega de trabalho "Francisco Ovidio da Conceição"; relata que o caminhão que vinha a sua frente freou bruscamente e não teve como acionar o freio a tempo hábil, vindo a colidir na traseira do caminhão; Que após a colisão perdeu a consciência e foi levado de ambulância para o hospital local, de onde foi transferido para o H.U.T, onde foi diagnosticado com trauma de face importante, conforme laudo nº 512075, do H.U.T. Que a apresenta como testemunhas as pessoas de DOMINGOS CARDOSO DA SILVA, RG: 56430287 SSP/SP, residente na rua Analandia, 252, Furquilha e JOSÉ ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA, RG: 1229753 SSP/PI, residente na localidade Tamandua.

Diego Lima Coelho - Mat.  
AGENTE DE POL

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS - Notificante  
Responsável pela Informação

Lucy Kelso Leal Parocho  
Assessoria de Polícia Civil  
FONE: 3357





Buscar no site

A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final e de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190715704 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

CPF/CNPJ: 39451313320

Posição em 16-01-2020 08:33:55

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será realizado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 16/01/2020        | R\$ 5.062,50         | R\$ 0,00         | R\$ 5.062,50 |

## Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                         | Ver Carta                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31/12/2019    | INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE    |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/5lgDEUL57Y043HwNrjXytgapi_key=YRpHjzVjQ7d6yFt7Hy1nadyIFZWcXBGinfoFYf+ZhmA=) |
| 24/12/2019    | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/W78SSj74zT9q4T53bapi_key=YRpHjzVjQ7d6yFt7Hy1nadyIFZWcXBGinfoFYf+ZhmA=)      |

Scanned with CamScanner





ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL ALVES  
HOSPITAL LOCAL PEDRO VASCONCELOS  
Email: hospitalpedrovasconcelosm@hotmell.com



Gc= 416 P.A = 130x90 Fc= 96 Dat= 90%.

## CONSULTA DE URGÊNCIA E/OU OBSERVAÇÃO

NOME: Raimundo Rodrigues de Aguiar

CARTÃO SUS: 704 0003 2048 3162

DATA DE NASCIMENTO: 09.05.1966

ENDEREÇO: 100c. Yamandua

DADOS CLÍNICOS: Acidose e hipo. MUNICIPAL: M. Alves

fluor Soro 8 - hipo

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Tcc leve - fratura do max.

hemi-segud.

HORA: 08 DATA DA CONSULTA: 24/05/19

Valter Sá Lima

Assinatura do Médico e Carimbo

X Bruna R. de Aguiar

Assinatura ou Impressão Digital do Paciente ou Responsável

OBS: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

mod. 07



# CLINIMAGEM

medicina diagnostica avançada

Data: 16/07/2019

Nome do Paciente: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Médico Solicitante: YURI JIVAGO FELIX

Exame: RM JOELHO ESQUERDO



Código

245719

**TÉCNICA:** Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

## ACHADOS:

- Afastamento do corno anterior e parte do corpo do menisco medial em relação ao platô tibial sugerindo instabilidade do compartimento medial.
- Menisco lateral com morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Ruptura completa dos ligamentos cruzados anterior e posterior e ligamento colateral lateral.
- Ruptura parcial do segmento proximal do ligamento colateral medial.
- Tendão do quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Trajeto de provável fixador externo previamente inserido na diáfise distal do fêmur, com edema da medular óssea adjacente.
- Nota-se também edema difuso da musculatura avaliada e dos planos adiposos periarticulares, inespecífico.
- Considerar entre as possibilidades diagnósticas processo inflamatório/infeccioso.
- Redução da espessura e irregularidade das cartilagens articulares femorotibiais e femoropatulares, com pequenas alterações fibrocísticas subcondrais.
- Moderado derrame articular.
- Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplitea.

## CONCLUSÃO:

- Ruptura completa dos ligamentos cruzados anterior e posterior e ligamento colateral lateral.
- Ruptura parcial do segmento proximal do ligamento colateral medial.
- Afastamento do corno anterior e parte do corpo do menisco medial em relação ao platô tibial sugerindo instabilidade do compartimento medial.
- Trajeto de provável fixador externo previamente inserido na diáfise distal do fêmur, com edema da medular óssea adjacente.
- Nota-se também edema difuso da musculatura avaliada e dos planos adiposos periarticulares, inespecífico.

ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO  
CRM: PE 3678

Continua

Rua Anfriso Lobão, 805/Jóquei  
Fone: (86) 99482-1326 / 99445-6682  
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II  
Fone: (86) 3236-6536 / 99435-8029  
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro  
Fone: (86) 3131-6636 / 98849-6588  
Teresina-Piauí

@clinimagemjoquei @clinimagem f Clinimagem Teresina

Scanned with CamScanner





Data: 16/07/2019

Nome do Paciente: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Médico Solicitante: YURI JIVAGO FELIX

Exame: RM JOELHO ESQUERDO



Código  
245719

- Considerar entre as possibilidades diagnósticas processo inflamatório/infeccioso.
- Redução da espessura e irregularidade das cartilagens articulares femorotibiais e femoropatellares, com pequenas alterações fibrocísticas subcondrais.
- Moderado derrame articular.



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO  
CRM: PI 3678

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei  
Fone: (86) 99482-1326 / ☎ 99445-6682

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II  
Fone: (86) 3236-6536 / ☎ 99435-8029  
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Cen  
Fone: (86) 3131-6636 / ☎ 98849-651  
Teresina-Piauí

Scanned with CamScanner

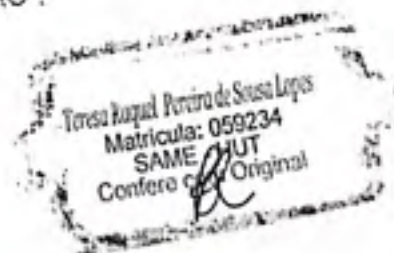




NOME DO PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Ardis

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 512075

**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".



Scanned with CamScanner





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 35 3218 3445.  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 09.522.917/0022-02

Utopedia  
Bula  
Nunes

## BOLETIM DE ENTRADA (RE)

DADOS DO PACIENTE:

|                                                                           |                                |                    |                     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------|
| Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS                                         |                                | Prontuário: 512075 |                     |
| Mãe: LUISA RODRIGUES DE SOUSA                                             | Pai:                           |                    |                     |
| End. Resid.: TANQUEIRA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI - ACEP: 64130-000 |                                |                    |                     |
| Nascimento: 09/05/1966                                                    | Idade: 53 anos                 | Sexo: Masculino    | Fone: 35-33223-1272 |
| Responsável: BRUNA RODRIGUES                                              | CNS: 704000320183162           |                    |                     |
| Profissão: APOSENTADO                                                     | Documento: CPF: 394.513.133-20 |                    |                     |
| G. Instrução: Não informado                                               | E. Civil: Casado(a)            |                    |                     |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                                                    |                              |                 |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|----------------------|
| Código: 723183                                                                                     | Entrada: 24/05/2019 11:44:55 | Convênio: S O S | Processo: 0301863029 |
| Motivo da Procura<br>(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                              |                 |                      |
| Condição: AMBULÂNCIA DO SAMU                                                                       |                              |                 |                      |

DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Síntoma de Apresentação:<br>TRAUMA MAIOR                                                                                                                                                                                                                         | Classificação EXAME: 48M 010<br>Dispnéia aguda DATA: 24/05/19 13:30h | Cod:<br>Laranja                                                             |
| Breve História Clin. Risco:<br>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NÃO USAVA CAPACETE, COM SELADO DE SAMU NO LOCAL DO ACIDENTE. TRAUMA DE FACE INDETERMINADO; EDEMA EM OLHO ESQUERDO; TRAUMA EM PEE; TRAUMA RESPIRATORIO RUIM, DESCONHECE ALENIA MEDICAMENTOSA |                                                                      | SARLINA LORNO O. SILVA DE SOUZA<br>CRM - 281505<br>Tel: 3540392019 33150153 |

|               |                |                 |            |               |
|---------------|----------------|-----------------|------------|---------------|
| SEVV:         | (Hora: )       |                 |            |               |
| Peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m² | Pulso: bpm | Pressão: mmHg |

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MECANISMO FRONTAL) HA CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. VÔMITOS FECALOIDES E OTUSMAGIA AO EXAME FÍSICO.

- A) VIAS AERÉAS PERVIAS, DESORIENTADO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA  
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT O2:96%, FC 94, FR 13  
C) RR, 20, BNF, BS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, ABDOME FLAVO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TENSÃO JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S  
D) GLASGOW 13-14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

Diagnóstico Inicial:

7

### Exames Complementares:

- (1224396) - T.C. DE CRÂNIO  
(1224387) - T.C. DE COLUNA CERVICAL  
(1224388) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR

- Tcd de Face  
- Tcd de Pelve

Rajax Menina Infantis Equis

### Prescrição Médica:

DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
EXAME: CEFALOGRAFIA E T.C. DE CRÂNIO  
DATA: 24/05/19 12:20h

RAIO-X REALIZADO  
DATA: 24/05/19  
Técnico: [Assinatura]

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
CRM 3811 Ent: 24/05/2019 12:01:20

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47360  
SAME - HUT  
NÃO FERE COM O CRO



Atestado - UNICOR DE JOSEHO E  
em RUA DO INDIANINHA

RECONHECIDO POR: ANA MARIA M. SALES, SDR. PRA

RECEBIDO  
RECEBIDA  
20/01/2020  
08:41:30

#1000/24.0.15/1311-

- paciente do Tmário

- al: 10; 10-10-10; novo or 40

- 100 1000 1000

- 100 1000 1000

1000

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 00390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

1000

1000

RECEBIDO  
RECEBIDA  
20/01/2020  
08:41:30

Análise em Geral 13:49

Paciente vítima de Acidente Automobilístico (Mecanismo Contato-Choque), hemodinamicamente estável, eufórico-confiante. Sat O<sub>2</sub> = 95%. com suporte ventilatório, Aox nome 1.5.10

Atende instalada o polposos e tórax com expansão pulmonar e MVFS/RA

TC de Abdome com contraste - laudo de radiologista: Pequena Herança, laceração subcapsular, sem líquido em cavidade Abdominal

TC de tórax - sem evidência de Hemotórax e pneumotórax

CD: De indicação Cirúrgica no momento  
Reavaliação Cirúrgica

Dr. Werneck

Glauco Rocha e Silva  
Médico  
CRM 7110





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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

### Paciente:

Centro Cirúrgico

#### Nome:

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

#### Prontuário:

512075

#### Cod. Internação:

239682

#### Mãe:

LUZIA RODRIGUES DE SOUSA

#### Nascimento:

09/05/1966

#### Certão SUS:

70400320183162

### Equipe:

#### Cirurgião:

CLEITON BRAGA TAVARES (CPF: 854.643.173-68)

#### 1º. Aux.:

(CPF: )

#### 2º. Aux.:

(CPF: )

#### 3º. Aux.:

(CPF: )

#### Instrumentador:

(CPF: )

#### Anestesiista:

(CPF: )

### Relatório:

#### Data Cirurgia:

24/05/2019

#### Início:

13:00

#### Fim:

15:00

#### Tipo Cirurgia:

NEUROLÓGICA

#### Tipo Anestesia:

?

#### Sala Cirúrgica:

?

### Diagnóstico Pré-Operatório:

TCE FRATURA AFUNDAMENTO

### Relatório Imediato do Patologista:

### Acidente Durante a Operação:

### Diagnóstico Pós-Operatório:

### Descrição da Cirurgia (Técnicas, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

- ANESTESIA GERAL + INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL + VENTILAÇÃO MECÂNICA
- DECÓBITO DORSAL+COXIM SOB OMBRO ESQUERDO+ LEVE ROTAÇÃO LATERAL DA CABEÇA PARA A DIREITA
- TRICOTOMIA E ANTISSEPSE E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- INCISÃO DA PELE E DO SUBCUTÂNEO SOB INCISÃO TRAUMÁTICA + ANESTESIA LOCAL
- CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA FRONTAL ESQUERDA COM AUXÍLIO DE CRANIÔTOMO, RETIRADA DOS FRAGMENTOS ÓSSEOS E CORREÇÃO DA FRATURA EM AFUNDAMENTO
- HEMOSTASIA COM BIPOLAR E SURGICEL E ANCORAMENTO DA DURA-MÃTER COM FIO PROLENE
- CRANIOPLASTIA COM RECOLOCAÇÃO DOS FRAGMENTOS ÓSSEOS E FIXAÇÃO COM FIO MONONYLON
- INSTALAÇÃO DO DRENO SUCTOR TIPO "HEMOVAC" NÚMERO 3.2.
- FECHAMENTO POR PLANOS E CURATIVO COM GAZES E ATADURA.

| Código:    | Descrição:                                    | Proc. Rea: | Proc. Princ.: | Valor SH.: | Valor SP.: |
|------------|-----------------------------------------------|------------|---------------|------------|------------|
| 415020077  | PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA    | Sim        | Não           | 0,00       | 0,00       |
| 0403010268 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO COM | Não        | Sim           | 799,64     | 391,86     |
| 0403010012 | CRANIOPLASTIA                                 | Não        | Não           | 799,64     | 522,48     |
| 0403010020 | CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA                    | Não        | Não           | 415,89     | 391,86     |

CLÁUDIO BRAGA TAVARES  
CRM-PI 13466  
R. Dr. Otto Tito, 1820  
Redenção - Teresina - PI  
CEP: 64017-770  
FONE: 86 3218 5445

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAÚDE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**FHT**Fundação Hospitalar  
de TeresinaHOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA  
DR. ZENON ROCHA  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

|                                                |             |                                         |               |
|------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------|---------------|
| NOME: <i>Damiano D. Rocha</i>                  |             | PRONTUÁRIO:                             |               |
| CLÍNICA                                        | ENFERMEIRA: | LEITO:                                  | DATA DE NASC: |
| <i>Novo</i>                                    | <i>MS</i>   | <i>26</i>                               |               |
| IDADE:                                         |             |                                         |               |
| ENDEREÇO:                                      |             |                                         |               |
| DADOS CLÍNICOS:                                |             |                                         |               |
| <i>- Dor no ombro D e Torno E</i>              |             |                                         |               |
| EXAMES:                                        |             |                                         |               |
| <i>Rx ombro D e Torno E</i><br><i>14/05/19</i> |             |                                         |               |
| DATA:                                          |             | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:    |               |
| <i>24/05/19</i>                                |             | <i>[Assinatura]</i><br><i>[Carimbo]</i> |               |
| MOD 0034-HUT                                   |             |                                         |               |

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Scanned with CamScanner







REQUISIÇÃO DE PARECER

215/26

|                                               |                     |
|-----------------------------------------------|---------------------|
| NOME <u>Marcos Roberto Rodrigues da Silva</u> | PRONTUÁRIO <u>2</u> |
| DA CLÍNICA _____                              | LEITO <u>512075</u> |
| À CLÍNICA _____                               |                     |

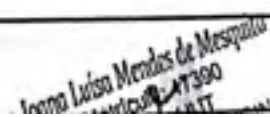
MOTIVO DA CONSULTA

PAC com Luxação de Joelho  
indicada Fixação externa

DATA 26/05/11

  
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

  
Ana Maria Sales de Castro  
217390





## REQUISIÇÃO DE PARECER

|                                           |                          |
|-------------------------------------------|--------------------------|
| NOME <u>Raimundo Rodrigues de Alencar</u> | PRONTUÁRIO <u>512075</u> |
| DA CLÍNICA <u>ortopedica</u>              | LEITO <u>236/32</u>      |
| À CLÍNICA <u>urologica</u>                |                          |

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente, 53 anos, politraumatizado, em uso de sonda vesical de demora. Em alta da ortopedia.

DATA: 22/06/19

Yuri Augusto Felício  
Médico Urologista  
CRM-PA 2677

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Oriento alta Hospitalar com sonda vesical e acompanhamento urológico ambulatorial

### RAIO-X REALIZADO

DATA 22/06/19 HORA 11:06  
TÉCNICO: [assinatura]

Dr. Jorge Roberto de Castro  
Médico Urologista  
CRM-PA 2677

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

José Roberto de Castro  
Médico Urologista  
CRM-PA 2677

22.06.2019







### REQUISIÇÃO DE PARECER

|            |                                |            |        |
|------------|--------------------------------|------------|--------|
| NOME       | Rafael Roberto Rodrigues Alves | PRONTUÁRIO | 512075 |
| DA CLÍNICA | Neurologia                     | LEITO      | 216/33 |
| À CLÍNICA  | Neurocirurgia                  |            |        |

#### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com história de epilepsia há + 26 anos, apresentando paroxismo de m. s.d., relatando avaliação e conduta da neurocirurgia.  
(Ver de placa Bregma?)

DATA: 20/06/13  
10:17h

Dr. [Assinatura]  
MÉDICO CONSULTANTE

#### PARECER

NM 20/06 10:56

-> TLE grave há 25 d  
- 14/6/13 -> Hemiparesia d. (direita)  
e (direita).

-> TC: HAT em centro  
Amigdal. (já realizada. Vinho glom.).

Id: Fimofenapio

- Liberado da NM

Dr. [Assinatura]  
MÉDICO CONSULTANTE  
2013020592021700000007761424





### REQUISIÇÃO DE PARECER

|                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| NOME <u>Romulo Rocha de M...</u> | PRONTUÁRIO <u>512.075</u> |
| DA CLÍNICA <u>...</u>            | LEITO <u>216 - 33</u>     |
| À CLÍNICA <u>...</u>             |                           |

#### MOTIVO DA CONSULTA

*paciente com dor e irritação local  
na região da articulação...*

DATA 06/05

*João Francisco de Sousa Filho  
Gerais Médico de Família e Comunidade  
Régimen 779*

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

#### PARECER

*Paciente com dor*

*- lesões físicas na região de fratura  
extremo M.I.*

*- Refere dor no M.D. na região da articulação  
sem alterações M.D. ou Plegia  
Plegia Neurológica??  
Lesão Plexo Braquial??*

*- Paciente sem condições ortopédicas de  
atender no momento*

*Solicita Rx M.D. = avaliação de fratura  
Avaliação Neurológica dos Plexos??*

DATA: 19/06/19

*Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Médico - 47390  
SAMS - HUT  
- FERE COM O ORIGINAL*

*Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3094 / RQE 2425*

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA







**FHT**  
Fundação Hospitalar  
de Teresina



**Teresina**

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Marcos Rodrigo de Assis

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☐ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☐ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com Jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☒ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 26 de Março de 2019

Enfermeiro responsável: \_\_\_\_\_

*[Assinatura]*  
Enfermeiro responsável

Scanned with CamScanner



PERATÓRIO - SRPA

NOME Raimundo Rodrigues de Assis DATA 26/05/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 17:30 FREQUÊNCIA (PERIDURAL) (SEDAÇÃO)

CIRURGIA REALIZADA \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

| SINAIS VITAIS           | ENTRADA       | SAÍDA |
|-------------------------|---------------|-------|
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) | <u>125/77</u> |       |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA     | <u>135</u>    |       |
| SATURACÃO O2            | <u>100</u>    |       |
| TEMPERATURA (°C)        |               |       |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA |               |       |
| NOME PATIENTE           | <u>Vanus</u>  |       |

| ATIVIDADE MUSCULAR          | ENTRADA                    | SAÍDA                      |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

| RESPIRAÇÃO                  | ENTRADA                    | SAÍDA                      |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

| CIRCULAÇÃO                  | ENTRADA                    | SAÍDA                      |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

| CONSCIÊNCIA                 | ENTRADA                    | SAÍDA                      |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

| SATURACÃO O2                | ENTRADA                    | SAÍDA                      |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

ESCALA DE DOR ADMISSÃO 0

ESCALA DE DOR ALTA 0

USO DE OXIGÊNIO Uso de oxigênio

SONDA VENTIL 300

SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE

EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRO

17:30 - Admitido em R.P.A. no Ror de tratamento urgente de luxação de joelho e 2º DIO de Craniotomia decorrente. Pupilas mióticas, supre em RM por TCD fôr: 60% e sedação leve (pentônio + midazolam) a 5ml/h em IV por 1500, dor por SVE, curado por 10 mg e seu.

João Ricardo de M.   
 ENFERMEIRO   
 COREN 157.801

PRESCRIÇÃO MÉDICA

João Lucas Mendes de Mesquita   
 Médico   
 CRM 157.801







## EVOLUÇÃO MÉDICA

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| NOME: <u>Raimundo Rodrigues da Silva</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nº PRONTUÁRIO: <u>512075</u> |
| CLÍNICA                                  | ENFERMARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | LEITO                        |
| DATA                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |
| <u>20/03/19</u>                          | <p>Paciente encaminhada da SO após avaliação de Jussara de Jesus<br/>a 2º DO craniectomia decompressiva por evidente hipertensão<br/>intracranial com SO e Glasgow 9. No momento, com boa, mas<br/>nítida de ruído ventilatório no Tór e redeoxalgenia.</p> <p>PA: 115 x 75 FC: 120 SpO<sub>2</sub>: 100% Pupilas midrías.</p> <p>cd: Solicitados exames laboratoriais</p> <p>Uso de terapia ventilatória</p> <p>Prescrição redeox</p> |                              |
| <u>Às 18:00h</u>                         | <p>Clotados exames</p> <p style="text-align: right;">Amanda Gomes Vale Avelino<br/>ANESTESIOLOGISTA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |
| <u>Às 8:20</u>                           | <p>1º DO craniectomia decompressiva</p> <p>Paciente recebe intubação orotraqueal, redução redeox para avaliação<br/>neurológica. Sól VM p/TOT</p> <p>PA: 111 x 75 FC: 102 SpO<sub>2</sub>: 100%</p> <p>Na: 162 ↑</p> <p>cd: Solicitados exames laboratoriais</p> <p>Redução redeox</p> <p style="text-align: right;">Amanda Gomes Vale Avelino<br/>ANESTESIOLOGISTA<br/>CRM-RJ 4981</p>                                                |                              |
| <u>Às 10:20h</u>                         | <p>Paciente recebe intubação orotraqueal, redução redeox para avaliação neurológica, aumento de hidratação intravenosa (E&gt;D) mas permanece<br/>gêtil.</p> <p>cd:</p> <p style="text-align: right;">Amanda Gomes Vale Avelino<br/>ANESTESIOLOGISTA<br/>CRM-RJ 4981</p> <p style="text-align: right;">Joana Leiza Mendes de Mesquita<br/>Médica: 47399<br/>BAME - HUT<br/>CONECTE COM O MUNICIPIO</p>                                 |                              |





## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

|                          |                         |                          |                                   |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> | Órtese e prótese - OPME           |
| <input type="checkbox"/> | Diária de UTI           | <input type="checkbox"/> | Fatores de Coagulação             |
| <input type="checkbox"/> | Diárias de Acompanhante | <input type="checkbox"/> | Gasoterapia                       |
| <input type="checkbox"/> | Hemoderivados           | <input type="checkbox"/> | Nutrição Parenteral / Enteral     |
| <input type="checkbox"/> | Diálise / Hemodiálise   | <input type="checkbox"/> | Procedimento fora da faixa etária |
| <input type="checkbox"/> | Albumina Humana 20%     | X                        | TC do crânio                      |

HOSPITAL: HUT CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Raimundo Rodrigues da Silva Nº AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: Amanda Gomes Vale Avelino CRM: 4981 CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

Paciente em 3º Dia de cirurgia de emergência (acidente motorístico) + redução de luxação de joelho. Apresentando dor intensa, pupilas não reagentes.

Amanda Gomes Vale Avelino  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PI 4981

Assinatura do Médico Solicitante

DATA: 27/05/19

### AUDITOR

Joana Lúcia Mendes da Mesquita  
Médica: 4981  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



### REQUISIÇÃO DE PARECER

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| NOME <i>André Luiz de Azevedo</i> | PRONTUÁRIO <i>512.075</i> |
| DA CLÍNICA <i>UTI</i>             | LEITO <i>6</i>            |
| À CLÍNICA <i>Neurologia</i>       |                           |

#### MOTIVO DA CONSULTA

*Paciente em ISE, IVA, amish...*  
*...*

DATA: *08/01/2020*

*JOSÉ RODRIGUES MONÇÃO NETO*  
CRM 44.452

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

#### PARECER

*49:50h*

*TC-Cérebro: HSA T.*

*Hipertensão @*

*Descontinuidade osso Frontal @*

*Sem conduta urgente*

*Dr. Leonardo Loureiro*  
NEUROLOGIA  
CRM 10.551

DATA: *08/01/2020*

*Joana Lúcia Mendes de Mesquita*  
Matrícula: 47360  
BAIXE O PDF  
CONFIRME COM O ORIGINAL

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Scanned with CamScanner







## REQUISIÇÃO DE PARECER

|                                            |                             |
|--------------------------------------------|-----------------------------|
| NOME<br><u>Raimundo Rodrigues da Silva</u> | PRONTUÁRIO<br><u>512035</u> |
| DA CLÍNICA <u>UTI Geral</u>                | LEITO<br><u>06</u>          |
| A CLÍNICA <u>Ortopedia</u>                 |                             |

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente politraumatizado, PO apresentando desacompanhada, ocorrido à levantação da perna E. Apresenta edema e equimoses em ambos os membros inferiores. Realizada RABO - de ambos os membros inferiores e perna esquerda. Solicitar avaliação.

Gratias,

DATA: 03/06/19

Dr. Wladimir Viana  
MEDICINA  
CRM-PI 2023

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Ortopedia

Paciente com lesão no membro inferior direito

Recomenda-se

Ata de ortopedia

Dr. João Luiz Mendes de Mesquita  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 2023

João Luiz Mendes de Mesquita  
Médico  
CRM-PI 2023  
CONFERE CCM ORIGINAL

DATA:    /    /   

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA







### REQUISIÇÃO DE PARECER

|            |                               |            |           |
|------------|-------------------------------|------------|-----------|
| NOME       | Reinando Rodrigues dos Santos | PRONTUÁRIO | 512045    |
| DA CLÍNICA | ESAD                          | LEITO      | UTI GERAL |
| A CLÍNICA  | (Abundância) Neurológica      |            | LEITO 06  |

#### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente de 32a. hipertenso, diabético, 3º DO comorbidade por TCE (acidente automobilístico) e 1º DO fixação de fratura de fêmur. Sob tratamento com insulina em insulina.

DATA: 27/05/19

Amanda Gomes Vale Avelino  
NESTESIOLOGISTA  
RPI 4981

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

#### PARECER

N/A 27/05/2019

Epilipse  
3º PC de alto risco de agravamento  
Gnata  
+ sedação + VM.  
+ 22 contusões: - HSA traumática  
- Anomalia de lesão neurológica  
gitar de novo de aumento da P.T.L.  
HD: - LAQ  
Id: - hipotensão clínica.

DATA: / /

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Médica - 17390  
BAME - 1981  
CONFERE COM CONSULTANTE

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



| Data                                                                                                                                                                                                                              | REGISTRO DE ASSIS                                  |                                                               | PRESCRIÇÃO MÉDICA | IDADE | CLÍNICA   | ENF. DO AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|-------|-----------|------------|-------|-------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                   | PONTUÁRIO                                          | DATA NASC                                                     |                   |       |           |            |       |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   | 512075                                             | 09/06/1966                                                    |                   | 53    | Ortopedia | 236        | 32    |                   |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                                               |                   |       |           |            |       |                   |
| DI : 26/05/2019                                                                                                                                                                                                                   | LUX. JOELHO E + PLEXO BRAQUIAL??                   | Alta após ortopedia (Plexo Brachial), Solicito passar de V.M. |                   |       |           |            |       |                   |
| 22/06/19                                                                                                                                                                                                                          |                                                    | Foi admitido em UNICLIASA                                     |                   |       |           |            |       |                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                 | Dieta oral líquida pastosa hipossódica p diabético | <del>Siga dieta - Refeição F (Sociedade)</del>                |                   |       |           |            |       |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                 | Bêlco salinizado                                   | <del>Exame de urina e fezes infantes</del>                    |                   |       |           |            |       |                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                 | Tramadol 100mg_01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN   | <del>de 08:00 às 18:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                 | Opiptona_01 amp + AD EV 6/6hs                      | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                 | Ranitidina 50mg_01 amp + AD EV 8/8hs               | <del>de 06:00 às 18:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                 | Fenitoina 2ml + 18ml AD EV lento 8/8hs             | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                 | Captopril 25mg 01 comp VosePAS >160 ou PAD>100     | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                 | Enoxaparina 40mg SC 1x/dia                         | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 9                                                                                                                                                                                                                                 | Haldol 5mg IM ACM                                  | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 10                                                                                                                                                                                                                                | Glicemia capilar 6/6hs                             | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 11                                                                                                                                                                                                                                | Insulina regular conforme esquema:                 | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 12                                                                                                                                                                                                                                | 150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UI SC     | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 13                                                                                                                                                                                                                                | 301-350 8UI SC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC       | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 14                                                                                                                                                                                                                                | Glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 70mg/dl         | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| 15                                                                                                                                                                                                                                | Cuidados gerais e sinais vitais                    | <del>de 18:00 às 06:00h</del>                                 |                   |       |           |            |       |                   |
| <p>Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Nivaldo Filho / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. João L. Pereira Filho<br/>         Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> |                                                    |                                                               |                   |       |           |            |       |                   |
| <p>CRM 24115-1/SP / CRM 12208 / CRM 1766-1/SP / CRM 1335 / CRM 1387</p>                                                                                                                                                           |                                                    |                                                               |                   |       |           |            |       |                   |



|                                                                    |  |                    |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> |  | Nº LAUDO: 299622   |  |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                          |  | AII: 2219100452932 |                                                                                    |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                     |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT | CNES<br>182884 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT  | CNES<br>582855 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                      |                                                        |                                                 |                                       |                             |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b><br>754006120183162 | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS | <b>NASCIMENTO</b><br>09/05/1966                 | <b>SEXO</b><br>M                      | <b>PRONTUÁRIO</b><br>512675 |
| <b>DOCUMENTO</b><br>CPF: 8699220845  | <b>TELEFONE</b><br>8699220845                          | <b>NOME DA MÃE</b><br>LUIZIA RODRIGUES DE SOUSA | <b>RESPONSÁVEL</b><br>BRUNA RODRIGUES |                             |
| <b>CEP</b>                           | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>                           |                                                 | <b>NUMERO / LOTE</b>                  |                             |
| <b>BAIRRO</b><br>ZONA RURAL          | <b>COMPLEMENTO</b>                                     | <b>MUNICÍPIO</b><br>MOQUEL ALVES                | <b>UF</b><br>PI                       |                             |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COM FERIMENTO CORTO-CONTUNSO FRONTAL DO BASTAÍDA ESQUERDO COM SAÍDA DE MASSA ENCEFÁLICA PELA PERDA EM TC DE CRÂNIO: FRATURA COM APLANDAMENTO, SOLICITO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO (040301036 / 5026) CRANIOPLASTIA (940301031) CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA (940301032)

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

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

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                                                                                       |                          |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S02.0 - FRATURA DA ABOBADA DO CRÂNIO | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

041502007 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

|                                          |                                                                                                                          |                                                  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>NEUROCIRURGIA    | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>CLECION BRAGA DUARTE<br>CPF: 85484317348 CRM |                                                  |
| <b>CARÁTER</b><br>URGENCIA               | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>24/05/2019                                                                                    |                                                  |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>24/05/2019 11:44 | <b>DATA ALTA</b><br>26/05/2019 16:47                                                                                     | <b>MOTIVO ALTA</b><br>PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO |

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| <b>Tipo acidente</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LESÃO</b> |
|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                                            |                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>MARIÉIA DA SILVA LEAL<br>CPF: 8041754384 CRM | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br><br>DATA ANÁLISE: 21/05/2019 11:14:52<br>CPF: CRM DATA ANÁLISE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luiza Mendes da Mota  
Matricada nº 7890  
SABE-AMT  
CONFERE COM O ORIGINAL





NO. de Autorização de Internação Hospitalar (Ain):

239682

# 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 de Internação:<br><b>239682</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:<br><b>RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS</b>            | 6 - Prontuário:<br><b>512075</b>   |
| 7-CNS:<br><b>704000320183162</b>                         | 8-Nascimento:<br><b>09/05/1968</b> |
| 9-Sexo:<br><b>Masculino</b>                              | 10-CPF:<br><b>394.513.133-20</b>   |
| 11-Mãe:<br><b>LUEIA RODRIGUES DE SOUSA</b>               | 12-Tel:<br><b>16-98223-1272</b>    |
| 13-Resp:<br><b>BREMA RODRIGUES</b>                       | 14-Cor:<br><b>sem informação</b>   |
| 15-Ende:<br><b>TAQUARUA - RUA RURAL - CEP: 64130-000</b> |                                    |
| 16-Munic:<br><b>MIGUEL ALVES</b>                         | 17-Cod.UBR:<br><b>230620</b>       |
|                                                          | 18-UF:<br><b>PI</b>                |
|                                                          | 19-CNPJ:<br><b>64130-000</b>       |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>ACIDENTE DE TRÂNSITO.<br/>ECGL II, PD=PE=FR, MOVE OS QUATRO MEMBROS.<br/>FERIMENTO CORTO-CONTUSO FRONTAL BASILAR ESQUERDO COM SAÍDA DE MASSA ENCEFÁLICA PELA FERIDA.<br/>TC: FRATURA AFUNDAMENTO ABERTA.</b> |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br><b>ACIDENTE DE TRÂNSITO.<br/>ECGL II, PD=PE=FR, MOVE OS QUATRO MEMBROS.<br/>FERIMENTO CORTO-CONTUSO FRONTAL BASILAR ESQUERDO COM SAÍDA DE MASSA ENCEFÁLICA PELA FERIDA.</b>                                     |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><b>ACIDENTE DE TRÂNSITO.<br/>ECGL II, PD=PE=FR, MOVE OS QUATRO MEMBROS.</b>                                                                                             |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br><b>Informação Posterior)</b>                                                                                                                                                                                                        |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                               |                                                                                   |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Doc. Proced.:<br><b>0415020077</b>                                            | 27- Procedimento Solicitado:<br><b>PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA</b> | Tempo SUS:<br><b>9999</b>                           |
| 28-Clinica:<br><b>02</b>                                                      | 30-Caráter: Ident.:<br><b>01</b>                                                  | 31-Docum.:<br><b>CPF</b>                            |
|                                                                               |                                                                                   | <b>854.643.173-68</b>                               |
| 32-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>CLEICTON BRAGA TAVARES</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>24/05/2019</b>                                         | 35-Assinatura do Médico Sol. (CRM):<br><b>35020</b> |

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

|                                   |                     |                  |           |
|-----------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 36- ( ) Acidente de Trânsito      | 39-CNPJ Seguradora: | 40-NO. Bônus:    | 41-Série: |
| 37- ( ) Acidente Trabalho Típico  | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNPJ Empresa: | 44-CNPJ:  |
| 38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto |                     |                  |           |

5 - Vínculo com a Previdência:  
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

|                                                     |                                                                  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nome do Profissional Autorizador:<br><b>3117119</b> | 47-Data Autorização:<br><b>31/07/19</b>                          |
| 71-<br><b>CPF</b>                                   | 49-Num. Documento:<br><b>50-Ass. Confirmação (Rg. Conselho):</b> |
| Paciente ou Responsável:<br><b>Assinatura</b>       | 51-Data de Emissão:<br><b>24/05/2019 13:49:48</b>                |







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

209022

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 de Internação:<br><b>239808</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:<br><b>RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS</b>          | 6 - Prontuário:<br><b>512075</b>   |
| 7-CNS:<br><b>704000320183162</b>                       | 8-Mascimento:<br><b>09/05/1966</b> |
| 9-Sexo:<br><b>Masculino</b>                            | 10-CPF:<br><b>394.513.133-20</b>   |
| 11-Mãe:<br><b>LUZIA RODRIGUES DE SOUSA</b>             | 12-Fone:<br><b>16-98223-1272</b>   |
| 13-Resp:<br><b>BRUNA RODRIGUES</b>                     | 14-Fone:<br><b>16-98223-1272</b>   |
| 15-Ende:<br><b>TANGUÁ - RUA SINAL - CEP: 64130-000</b> |                                    |
| 16-Munic:<br><b>MICHEL ALVES</b>                       | 17-Cod.UBGE:<br><b>220620</b>      |
|                                                        | 18-UF:<br><b>PI</b>                |
|                                                        | 19-CEP:<br><b>64130-000</b>        |

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

|                                                   |                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.<br><b>0408050683</b>       | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO</b> |
| 31-Cod.Procedimento Especial<br><b>0702030406</b> | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>                                               |
| Quant. Solicitada:<br><b>1</b>                    |                                                                                                                         |
| Fornecedor da OPM: <b>BRAGA &amp; BRAGA</b>       |                                                                                                                         |

|                                                                |                                                  |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38-Profissional Responsável:<br><b>BERGIEL BARBOSA BEZERRA</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                  | Dr. Bergiel Barbosa Bezerra<br>ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA<br>CRM-PI 3039<br>41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) |
| 39-Data Solicitação:<br><b>26/05/2019</b>                      | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>809.651.803-87</b> |                                                                                                         |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Lesão de joelho (E).*

**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 de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>31/05/19</b> | 52-CNS/CPF:<br><b>Celso Pires Ferreira Filho</b><br>Assessor de Auditoria ORÇAMENTO<br>CRM-PI 123.015.15.000000000<br>016-98223-1272 |
|                                                                  |                                         | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)                                                                                                         |

(ANTONIO ESTEVAN)

*Ana Lúcia Mendes da Mota*  
Matrícula: 47590  
SAFE - HUT  
NÃO ASSINAR COM O ORÇAMENTO

Scanned with CamScanner





# Braga & Braga Importação e Exportação

0536

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

|                                                  |                                 |      |            |     |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|------|------------|-----|
| BRAGA&BRAGA                                      | CNPJ: 63607790000198            |      |            |     |
| FABRICANTE: <i>Prontuário: 512075</i>            | CNPJ:                           |      |            |     |
| PACIENTE: <i>Raimundo Rodrigues de Azevedo</i>   |                                 |      |            |     |
| RG. HOSPITAL: <i>HUT.</i>                        | COD. SIG TAP: <i>0703030406</i> |      |            |     |
| DATA: <i>26.05.19</i>                            | ALTA: <i>USADO:</i>             |      |            |     |
| PROCEDIMENTO: <i>trat. ao nível do pulso (E)</i> |                                 |      |            |     |
| MEDICO: <i>Dr. Bezerra</i>                       | CPF: CRM:                       |      |            |     |
| Produtos Utilizados/Implantados:                 |                                 |      |            |     |
| NOME                                             | MODELO                          | TIPO | Serie Lote | QTD |

|                           |  |  |  |           |
|---------------------------|--|--|--|-----------|
| <i>01 Fixador Externo</i> |  |  |  | <i>01</i> |
|                           |  |  |  |           |
|                           |  |  |  |           |
|                           |  |  |  |           |
|                           |  |  |  |           |
|                           |  |  |  |           |
|                           |  |  |  |           |
|                           |  |  |  |           |
|                           |  |  |  |           |
|                           |  |  |  |           |

ORTOMATEL IND. E COM. LTDA  
RUA JOAQUIM LIMA 520/521  
FOFADOR LAY FIE DE BARRA-PIRE  
FOFADOR EXTERNO LAY FIE  
Registro ANVISA: 18228718005  
Resp. Técnico: CARLOS AL. NAKAMURA/CRIA N. 0001828073

### Responsável Pelo Preenchimento:

Data: *26,05,19*

Dr. Bezerra  
ORTOMATEL IND. E COM. LTDA  
CRP 15907

*Francisco D.*

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento

Joana Luísa M. de Mesquita  
Materiais: 40360  
BAME - HUT  
VERIFIQUE COM O ORIGINAL

Scanned with CamScanner









PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/05/19

|                                                   |                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Raimundo Rodrigues de Sá</u> | PRONTUÁRIO Nº: _____        |
| DIAGNÓSTICO: <u>Crise de Jekyll e Hyde</u>        | CIRURGIA: <u>Parto - 1º</u> |
| ANESTESIA: _____                                  | Nº DA SALA: _____           |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. B. B. B.</u>                    | CPF Nº: _____               |
| AUXILIAR: _____                                   | CPF Nº: _____               |
| ANESTESIA: _____                                  | CPF Nº: _____               |
| INSTRUMENTADORA: <u>Solange</u>                   | CPF Nº: _____               |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO          | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI 24   | UNID.  | 02     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 03     |       | LUVA Nº 7.5            | PAR    | 03     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7.0            | PAR    | 03     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 02     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO   | PAR    | 20     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE       | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 02     |       | PVPI TÓPICO            | ML     | 200    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA           | ML     |        |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC           | UNID.  | 03     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC           | UNID.  | 03     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC            | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      |       | SERINGA 3CC            | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    | —      |       | SORO FISIOLÓGICO 400ml | FRASCO | 08     |       |
| GASES                   | PAC.  | 05     |       | SONDA URETRAL          | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº                | UNID. | —      |       | <u>Agon 20cm</u>       |        | 02     |       |
| 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 N°            |       |        |       |                        |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:            |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:            |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                        |        |        |       |

João Luiz Sales de Castro  
Município de Teresina  
SABE - 01/05/19  
CONFERE COM O ORIGINAL







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

|                                                                       |              |                              |                       |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|-----------------------|
| Nome: <b>RAIMUNDO RODRIGUES</b>                                       |              | Frontal: _____               | Data: <b>26.05.19</b> |
| Sexo: <b>( ) Masc. ( ) Fem.</b>                                       | Idade: _____ | Peso: <b>± 95</b>            | Altura: _____         |
| Procedimento (s) proposto (s):<br><b>Tto. útero. luxação joelho E</b> |              | Apto? <b>( ) Sim ( ) Não</b> |                       |

|          |                                                   |                    |         |
|----------|---------------------------------------------------|--------------------|---------|
| ANAMNESE | 1 - Patologias cardiovasculares                   | <b>HAS (X)</b> Sim | ( ) Não |
|          | 2 - Patologias respiratórias                      | ( ) Sim            | ( ) Não |
|          | 3 - Antecedentes patológicos                      | ( ) Sim            | ( ) Não |
|          | 4 - Convulsão                                     | ( ) Sim            | ( ) Não |
|          | 5 - Passado anestésico cirúrgico                  | <b>(X)</b> Sim     | ( ) Não |
|          | Transfusão sanguínea                              | ( ) Sim            | ( ) Não |
|          | 6 - Uso de medicação                              | <b>(X)</b> Sim     | ( ) Não |
|          | 8 - Alergia                                       | ( ) Sim            | ( ) Não |
|          | 9 - História familiar de complicações anestésicas | ( ) Sim            | ( ) Não |

**Rt. 53 a, portador de DM + HAS, 2º DPO com hipertensão descompensada (afundamento frontal exposto). No momento apresenta ECG=09, não responde para realização de Tto. útero de luxação joelho E. Membro ortopédico responsável provavelmente por causas de origem per lesão de lesão neuro-vascular do membro**

|                     |                                                  |                                |
|---------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
| PA: <b>150 x 80</b> | Pulso: <b>72</b> ( ) arritmico                   | Malamp: (1) (2) (3) <b>(X)</b> |
| 1. Respiratório     | ( ) Normal (X) Alterado: <b>farinha de milho</b> |                                |
| 2. Cardiovascular   | ( ) Normal (X) Alterado: <b>farinha de milho</b> |                                |
| 3. Neurológico      | ( ) Normal ( ) Alterado: <b>ECG=09</b>           |                                |
| 4. Abdome           | (X) Normal ( ) Alterado: _____                   |                                |
| 5. Vias aéreas      | (X) Possível VAD                                 |                                |
| 6. Extremidades     | ( ) Normal (X) Alterado: <b>luxação joelho E</b> |                                |

|           |          |            |
|-----------|----------|------------|
| HB        | TP / RNI | Uréia      |
| HT        | ITPa     | Creatinina |
| Plaquetas | Glicemia |            |
| ECG:      | RX Tórax |            |
| ECO:      |          |            |

**SEM EXAMES**

ASA: **IV (F)** Anestesia proposta: **(X) Geral ( ) Outro:**

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: **João Luiz de Sá**  
Matrícula: **1750**  
SAME - RNT  
CONFERE COM O ORIGINAL

CRM:

MOQ. 078 - HJT



|                                                                                   |  |                           |                  |                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | FICHA DE ANESTESIA        |                  | FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE<br>HOSPITAL DE URGÊNCIA DETERMINA PROF. ZENON ROCHA<br>SERVIÇO DE ANESTESIA |  |
| Nome: <b>RAIMUNDO RODRIGUES</b>                                                   |  | Sala: <b>03</b>           | Alcova: <b>2</b> | Data: <b>26.05.19</b>                                                                                   |  |
| Procedimento: <b>1to. cirurgia Luxação joelho E</b>                               |  | Cirurgião: <b>Bergiel</b> |                  | Observações:                                                                                            |  |

| Agentes       | Unid  | 15    | 30    | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |  |
|---------------|-------|-------|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 1. Lido 37.5m | 100mg |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 2. Pentam     | 200mg |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 3. Propofol   | 120mg |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 4. Quelicin   | 100mg |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 5. Thopacur   | 40mg  |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 6. Valproil   | 33g   |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 7. Alprazolam | 2.5g  |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 8. Bromoprid  | 10mg  |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 9. Ruscitil   | 0.5mg |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 10            |       |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 11            |       |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 12            |       |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 13            |       |       |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| Doppler       |       | ~~~~~ |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| AVRGO         |       | ~~~~~ |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| Vital         | SEVO  | %     | XXXXX |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

**Acesso Vascular**

- ☒ Periférico **HSD**
- ☐ Cat. Venoso **#18G**
- ☐ Dificuldade acess. venoso
- ☐ Gesto \_ cateter
- ☐ Central

**Via Aérea**

- ☐ Oletotom
- ☒ INT **#8.5 cuff**
- ☐ LMA

**Monitorização**

- ☒ Cardiografia
- ☒ FIM
- ☒ Oximetro de pulso
- ☒ ETCO2
- ☐ Outros

**Anestesia**

- ☐ Geral Venosa
- ☒ Geral Balanceada
- ☐ Halotanestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

**Droga:** **DDH**

|                   |            |
|-------------------|------------|
| SP02 (%)          | 98/ 98/ 98 |
| ETCO2 (mmHg)      | 40 44 42   |
| Acas. Venoso      | 180        |
| Acas. Venoso      |            |
| Duodeno           |            |
| Perfis Sanguíneos |            |

**Descrição da Anestesia:**

1. Indução com Lido + Pentam + Propofol + Quelicin
2. Pré-oxig 3º pole máscara faccial + ventilação EV
3. INT pelo laringoscopia direta al tubo ASE cuff
4. VCV + Sevo + VE=600ml IR=12lpm, PEEP=5

Procedimentos anestésico-cirurg. sem intercorrências.  
Pde. seu nível neurológico satisfatório. Encaminhado para...

Assinatura do Anestesiologista  
CONFERE COM O ORIGINAR

**Elaine Saraiva**  
Anestesiologista  
CRM 100000







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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Raimundo Rodrigues da Silva*  
Diagnóstico pré-operatório *luxação do joelho E*  
Operação - Tipo *Redução + Fixação Externa Transversal*  
Cirurgião *Dr. Beiguel* 1º Assistente  
2º Assistente 3º Assistente  
Instrumentador(a) Anestesista Anestesia  
Anestésico(a)  
Data da Operação *26/05/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Pte em DDU sob anest.*  
*Anest. e analg.:*  
*cam. artrosc.*  
*Redução manual da luxação do joelho E;*  
*Fixação Externa Transversal.*  
*curativos*

*Dr. Beiguel Carlos Siqueira*  
*ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA*  
*Dr. João Luiz Mendes*  
*Marilene Azeiteiro*  
*SAMU HUT*  
*CONFERE COM O ORIGINAL*

Mod. 76 HUT

Scanned with CamScanner





# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

|                               |               |              |                |                  |                   |            |
|-------------------------------|---------------|--------------|----------------|------------------|-------------------|------------|
| NOME DO PACIENTE              |               |              |                |                  | Nº DE REGISTRO    |            |
| DATA:                         | P. ARTERIAL   | PULSO        | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA      | PESO              | ALTURA     |
| EXAMES DE SANGUE              | GR. SANGÜÍNEO | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS     | GLICEMIA          | DOS. URÉIA |
| EXAMES DE URINA               |               |              |                |                  |                   |            |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA           |               |              |                |                  |                   |            |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO          |               |              |                |                  | ELETROCARDIOGRAMA |            |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO          |               |              |                |                  | ASMA              | BRONQUITE  |
| SISTEMA DIGESTIVO             |               |              |                | SISTEMA URINÁRIO |                   |            |
| ESTADO MENTAL                 |               |              |                | CORTICOIDES      | ATARÁXICOS        | OUTROS     |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO    |               |              |                |                  | FÍSICOS           |            |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) |               |              |                | APLICADO AS      | EFEITOS           |            |

|                          |          |     | TOTAL DE DOSES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|----------|-----|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| AGENTES ANESTÉSICOS      | OXIGÊNIO | 1   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 2        |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 3        |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LÍQUIDOS                 | SO-LITO  | 500 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 400 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | SANGUE   | 300 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | OUTROS   | 200 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TEMPERATURA T            | Cº       | 260 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 240 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P. ARTERIAL V O PULSO    | 38       | 2   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 200 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 180 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 160 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X |          | 1   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 140 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 120 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 100 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO    |          | 80  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 60  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 40  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          | 20  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESPIRAÇÃO O             |          | 10  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |          |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                   |  |                                    |
|-------------------|--|------------------------------------|
| SÍMBOLOS          |  | DURAÇÃO                            |
| TÉCNICAS          |  | INCIDENTE - ACIDENTE               |
| OPERAÇÕES         |  |                                    |
| CIRURGIÕES        |  |                                    |
| ANESTESISTAS      |  |                                    |
|                   |  |                                    |
| PARITICULARIDADES |  | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |

Joana Luisa Mendes de Resende  
Matrícula: 41340  
SAME - HUT  
CONFERE Cópia ORIGINAL

MOD 76 - HUT



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

### NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA CNPJ: 05.522.917/0022-02

PACIENTE: Raimundo Rodrigues de N° PRONT.: 512025 N° LAUDO: \_\_\_\_\_  
Assis

- ( ) NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO COD. 0309010047  
 ( ) NUTRIÇÃO ENTERAL EM PEDIATRIA COD. 0309010063  
 ( ) NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO COD. 0309010071  
 ( ) NUTRIÇÃO PARENTERAL EM PEDIATRIA COD. 0309010098

#### JUSTIFICATIVA

##### NUTRIÇÃO ENTERAL

- ( ) Doenças Neurológicas  
 ( ) Comprometimento mastigatório  
 ( ) Fístula de Baixo débito  
 ( ) Pancreatite leve a moderada  
 ( ) Rebaixamento do nível de consciência  
 ( ) Síndrome de má absorção  
 ( ) Ingestão oral insuficiente  
 ( ) Trauma grave  
 ( ) Sepsis  
 ( ) Queimados  
 ( ) Doença intestinal inflamatória

##### NUTRIÇÃO PARENTERAL

- ( ) Íleo paralítico  
 ( ) Fístula de alto débito  
 ( ) Obstrução intestinal  
 ( ) Necessidades nutricionais não atingidas pela TGI  
 ( ) Síndrome do intestino curto  
 ( ) Pancreatite aguda grave

*MT*  
 Justen Sérgio Lodi Tebraz  
 CRM - 31131  
 Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA:   /  /  

#### AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho  
 Assessor de Auditoria (DCA/AFMS)  
 CRM - PI 1628 - CPF 703.503.507 - 8  
 CNIS 28.000.000.000.000

ASSINATURA DO AUDITOR

DATA: 31/02/19



UF 210 5199



Luiza Mendes de Mesquita  
 40390



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

**FISIOTERAPIA**

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Assis Nº PRONT.: \_\_\_\_\_ Nº LAUDO: \_\_\_\_\_

1 - GRANDE QUEIMADO COD. 0302070028 1 - MEDIO QUEIMADO COD. 0302070010 1 - FISIOTERAPIA COD. 0302050035

### JUSTIFICATIVA

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

  
Justino Sérgio Leal Teixeira  
CRM - 3131  
Otorrinolaringologista - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUDITOR

ASSINATURA DO AUDITOR

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



26 3218 6193



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAM - HUT  
COM O ORIGINAL





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

CURATIVO

CÓDIGO: 0401010015

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
PACIENTE: Reimundo Rodrigues de Jesus Nº PRONT.: 512075 Nº LAUDO: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPECTO:

- ( ) NECROSADO  
( ) ESFACELADO AMARELO  
( ) TECIDO DE GRANULAÇÃO

  
Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
CRM - 3151  
Diretor Técnico - HUT

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO AUDITOR



86 3216-5199



Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47260  
SAME - 47  
CONFERE COM O ORIGINAL



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

**CÓDIGO: 0802010199**

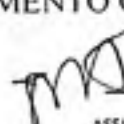
HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Amorim Nº PRONT.: 512075 Nº LAUDO: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO  
SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU  
DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
Sérgio Leal Teixeira  
CRM - 3131  
Diretor Técnico - HUT  
ASSINATURA DO MÉDICO

### AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho  
Assessor de Auditoria ORCAMFMS  
CRM - PI 1628 - CPF 703.503.557 - 8  
OAB 201350409830004

DATA: 31/01/19

ASSINATURA DO AUDITOR

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 97390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



26 3216-5199



Scanned with CamScanner



**Teresina**

**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**

# DIÁRIA DE UTI (TIPO II)

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Primerio Rodriguez de Araya N° PRONT.: 512075 N° LAUDO: \_\_\_\_\_

( ) UTI ADULTO COD. 0802010083

( ) UTI PEDIÁTRICA 0802010158

### JUSTIFICATIVA

**PACIENTE GRAVE APRESENTANDO INSTABILIDADE CLÍNICA  
E NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA PERMANENTE**

ESTABILIDADE CLÍNICA  
PERMANENTE

*Assessor Sérgio Lúcio Pereira*  
CRM - 3131  
Clínica Técnica - HMT

DATA: 1 1

ASSINATURA DO MÉDICO

**AUDITOR**

**Celso Pires Ferreira Filho**  
Assessor de Auditoria OPCA/AFMS  
CRM - PI 1638 - CPF 755.503.532-9  
CNPJ 20.156.809/0001-04

**DATA:**

31107119

**ASSINATURA DO AUDITOR**



863214-5:29


$$1.10^{-6} \text{ m}^2 \text{ s}^{-1} \text{ at } 25^\circ \text{C}$$

Ismael Luis Mendes de Mesquita  
Matricula: 47399  
IME - HUT  
CO ORIGINAL





|                                                                    |  |                  |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--|------------------|--------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> |  | Nº LAUDO: 222143 | AIH: 2219100476648 |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                          |  |                  |                    |

|                                                                                             |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>                                                     |                |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU7 | CNES<br>340856 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU7  | CNES<br>340856 |

|                                  |                                                 |                                         |      |                                |
|----------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|------|--------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b> |                                                 | NASCIMENTO                              | SEXO | PRONTUÁRIO                     |
| CARTÃO SUS<br>30400020100162     | NOME DO PACIENTE<br>RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS | 09/05/1964                              | M    | 512070                         |
| DOCUMENTO - CPF<br>8499220843    | TELEFONE<br>8499220843                          | NOME DA MÃE<br>LUIZA RODRIGUES DE SOUSA |      | RESPONSÁVEL<br>BRUNA RODRIGUES |
| CEP<br>64000-000                 | ENDEREÇO - LOGRADOURO<br>LOC. TAMANDUÁ          | MUNICÍPIO<br>MIGUEL ALVES               |      | UF<br>PE                       |
| Bairro<br>ZONA RURAL             | COMPLEMENTO                                     | NÚMERO / LOTE<br>50                     |      |                                |

|                                                                                                               |                   |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| <b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                            |                   |                          |
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>PACIENTE COM LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO                              |                   |                          |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>AS A CIMA                                                            |                   |                          |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)<br>EXAME FÍSICO + TC DE CRANIO |                   |                          |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES                                                                                    |                   |                          |
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL<br>S821 - FRACTURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA                    | CID 10 SECUNDÁRIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |

|                                                                                                                            |                                                                                                             |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                             |                                                                                                             |                          |
| COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>0408050603 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURALUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO |                                                                                                             |                          |
| LEITO/CLÍNICA<br>NEUROCIRURGIA                                                                                             | PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO* DO CONSELHO)<br>BERGEL BARNOSA REZENDE<br>CPF: 8945180187 CRM |                          |
| CARÁTER<br>URGÊNCIA                                                                                                        | DATA SOLICITAÇÃO<br>26/05/2019                                                                              |                          |
| DATA ADMISSÃO<br>26/05/2019 16:47                                                                                          | DATA ALTA<br>22/06/2019 14:00                                                                               | MOTIVO ALTA<br>MELHORADO |
| <b>CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)</b>                                                                            |                                                                                                             |                          |
| TIPO ACIDENTE                                                                                                              | CNPJ SEGURADORA                                                                                             | Nº DO BILHETE            |
| SÉRIE                                                                                                                      | CNPJ DA EMPRESA                                                                                             | CNAE EMPRESA             |
| CBOR                                                                                                                       | NATUREZA DA LESÃO                                                                                           |                          |

|                                                                                                                     |                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                  |                                                                                                                           |  |
| JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO                                                                                  |                                                                                                                           |  |
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO* DO CONSELHO)<br>CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO<br>CPF: 2279978533 CRM | NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA<br>DATA ANÁLISE 09/07/2019 11:07:23<br>CPF CRM DATA ANÁLISE |  |

SINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luiza Mota de Mesquita  
Matrícula: 47360  
SAME - HU7  
CONFERE COM O ORIGINAL





239808

No. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

222293

|                                                                                         |                           |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES:<br><b>5828856</b> | Código de Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executor:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>    | 4-CNES:<br><b>5828856</b> | <b>239808</b>         |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                       |                                 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 5-Nome: <b>RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS</b>            | 6 - Prontuário: <b>512075</b>   |
| 7-CNS: <b>704000320183162</b>                         | 8-Nascimento: <b>09/05/1966</b> |
| 9-Sexo: <b>Masculino</b>                              | CPF: <b>394.513.133-20</b>      |
| 11-Idade: <b>LUCIA RODRIGUES DE SOUSA</b>             | 12-Fone: <b>15-98223-1272</b>   |
| 13-Resp: <b>BRUNA RODRIGUES</b>                       | 14-Cob: <b>sem informação</b>   |
| Endes: <b>TAMBORELA - ZONA RURAL - CEP: 64130-000</b> |                                 |
| 15-Munic: <b>MIGUEL ALVES</b>                         | 17-Cod. IACS: <b>220620</b>     |
|                                                       | 18-UT: <b>PI</b>                |
|                                                       | 19-CEP: <b>64130-800</b>        |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Luxação de joelho @

DIÁRIA DE U.T.I.

21 - Condições que justificam a internação:

TTT Cirúrgico

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

Rx

Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade proximal da tíbia.

24-CID Fian: 8821

25-CID Segur: 8821

26-CID Códex: 8821

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                            |                                                                                                         |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 28-Cod. Proced.: <b>0408050683</b>                                         | 27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO</b> | Tempo em h: <b>4</b>             |
| 29-Clinica:                                                                | 30-Caráter: Ident.: <b>02</b> <b>01</b> CPF: <b>809.651.803-87</b>                                      |                                  |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>BORGES BARBOSA BEZERRA</b> | 34-Data Solicitação: <b>26/05/2019</b>                                                                  | 35-Ass. Clínico Med. Enl. (CRM): |

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

|                                   |                    |                  |            |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|------------|
| 36- ( ) Acidente de Trânsito      | 39-CNS Seguradora: | 40-No. Bilhete:  | 41-Carros: |
| 37- ( ) Acidente Trabalho Típico  | 42-CNS Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOP:   |
| 38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto |                    |                  |            |

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

|                                                    |                                      |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome do Profissional Autorizador:                  | 47-Data Autorização: <b>31/07/19</b> | Celso Pires Ferreira Filho<br>Assessor de Autismo DISCAPACITADO<br>CRM-P 123.456.789.010<br>50-Ass. Carimbo (Rq. Conselho) |
| 49-Num. Documento:                                 |                                      |                                                                                                                            |
| 51-Paciente ou Responsável: <b>Bruna Rodrigues</b> | 52-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):      | Assessor de Autismo de Responsável<br>MARIA RODRIGUES<br>CRM-P 123.456.789.010<br>50-Ass. Carimbo (Rq. Conselho)           |





## TC de crânio

Craniectomia frontal à esq,  
com material denso no  
seio frontal ipsilateral.

HSA discreta em) convexidade  
P) bilateral.

Área focal de gliose no  
talamo à (esq).

(3) (5)

Acentuação dos espaços subdu-  
rais bifrontais, maior à (esq).

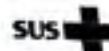
Obs: Fraturas faciais:







FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Prontuario: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS  
Nascim.: 09/05/1966 Id: 531666 CPF: 394.513.133-20  
Mãe: LIZIA RODRIGUES DE SOUSA  
Endereço: TAPANDUA - ZONA RURAL  
: MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 QN: 704000320183162

Req: 965929 - Atend: 278000-INT- Sol.: 15/06/2019 21:43

1) 1240377 T.C. DE CRANEO (0206010079)

|                          |                       |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Diálise / Hemodiálise | <input type="checkbox"/> | Procedimento fora da faixa etária |
| <input type="checkbox"/> | Albumina Humana 20%   | X                        | tc de crânio                      |

HOSPITAL: HUT

PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Assis

CNPJ:

PROCEDIMENTO ANTERIOR:

Nº AIH:

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCED. SOLICITADO:

CRM:

CPF:

### JUSTIFICATIVA

tc de controle

Dr. Fábio Marcos de Sousa  
MÉDICO  
CRM-PI 3336

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

Josana Lúcia Mendes de Mesquita  
Médica  
SAÚDE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Craniotomia frontal E.  
Hematoma subdural agudo frontal D e frontal -  
parietal E.  
Hemorragia intracerebral  
de na alta comensal de  
parietal lateral.

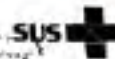
3  
4  
5 } on

Joana Luísa Mendes da Mesquita  
Matrícula: 47293  
SAME - HJT  
CONFERE COM O ORIGINAL





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mudança de Procedimento                                                                                                                                                                                                                                     | Órtese e prótese - OPME                                                                                                                  |
| Prontuário: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS<br>Nascim.: 09/05/1966 Id: 53406298 CPF: 394.513.133-20<br>Mãe: LUIZIA RODRIGUES DE SOUSA<br>Endereço: TAMANHA - ZONA RURAL<br>: MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CHS: 704000320183162<br>: Óxido / Hemodiálise | Req: 962783 - Atend: 239809-DIT- Sol.: 07/06/2019 06:33<br>1) 1234300 T.C. DE CRANIO (0206010079)<br>: documentação tora da faixa etária |
| Albumina Humana 20%                                                                                                                                                                                                                                         | 2. TC de Crânio                                                                                                                          |

HOSPITAL: HUT CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Assis Nº AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

Paciente politraumatizado, 60 de idade, com lesões de membros superiores. Evolui, em 30 de maio com melhora da condição de consciência. Em uso de Cefepime (D2), com sedação. Glasgow do dia anterior (05.05.19) - 14nt, hoje: 04nt. Sem sinais de infecção desde 29.05.

Assinatura do Médico Solicitante

DATA: 06.06.19

### AUDITOR

José Luis Mendonça Mesquita  
Médico - FMS  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORDEM

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:

Scanned with CamScanner







LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE BPA INDIVIDUALIZADO

Etiqueta de Autorização

*Handwritten signature*

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

6 - Prontuário: 512075

7-CNS: 704000320183162

8-Nascimento: 09/05/1966

9-Sexo: Masculino

CPF: 394.513.133-20

11-Mãe: LURIA RODRIGUES DE SOUSA

12-Phone: 16-98223-1272

13-Resp: BRUNA RODRIGUES

14-Phone: 16-98223-1272

15-End: TAMANHA - ZONA RURAL

16-Munic: MIGUEL ALVES

17-Cod. INGE: 220620

18-UT: XI

19-CEP: 64130-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento

0206030010

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR

21 - Qtd.

1

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

26-Diagnóstico:

*trauma*

27-CID Prin:

*407*

28-CID Sec:

29-CID C.Res:

26-Observações/Justificativa:

*Trauma + Dor.*

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39-Data Solicitação:

*24.05.19*

40-Tp. Documento:

CPF

40-No. Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

*Glauco Rocha e Silva  
Médico  
CRM-PI 2111*

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

*/ /*

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 957899

Consulta: 723183

Exame: 1224388

(WILLIAM MAC)

(Ass. Paciente/Responsável)

*Joana Lúcia Mendes de Albuquerque  
Médica  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORGÃO*





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE BPA INDIVIDUALIZADO**

Etiqueta de Autorização

Uh g.  
BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-Nome do estabelecimento executor:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

3-CNES

**5828856**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**

6 - Prontuário: **512073**

7-CMS: **704000320183162**

8-Nascimento: **09/05/1966**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **394.513.133-20**

11-Mãe: **LUZIA RODRIGUES DE SOUSA**

12-Fone: **16-98223-1272**

13-Resp: **ROSINA RODRIGUES**

14-Fone: **16-98223-1272**

15-Endereço: **TANQUEIRA - ZONA RURAL**

16-Munic: **MIGUEL ALVES**

17-Cod. IBSGE: **220420**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64130-000**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

19-Cod. Procedimento

**0206010010**

20 - Nome do Procedimento Principal

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE**

21 - Qtd.

**1**

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

25-Diagnóstico:

*Dor*

27-CID Prim:

28-CID Sec.:

29-CID C.Ass.:

*EJO*

26-Observações/Justificativa:

*Trama e Dr.*

**SOLICITAÇÃO**

38-Nome Profissional Solicitante:

**WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO**

39-Data Solicitação:

*24/05/19*

40-Tp. Documento:

CPF

40-No. Doc. Méd. Solic.:

**003.135.103-42**

41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

*Glauco Roberto Silva  
Médico  
CRM 7110*

**AUTORIZAÇÃO**

48-CBO:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

*/ /*

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Requisição: **957899**

Consulta: **723183**

Exame: **1224387**

(William Machado)

Ass. Paciente/Responsável)

*João Luiz Mendes de MACHADO  
Médico  
CRM 47580  
SAMBUT  
CONFERE COM O ORGÃO*





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE BPA INDIVIDUALIZADO**

Etiqueta de Autorização

Uti 8

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3- Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5- Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

6 - Prontuário: 512075

7-CMS: 704000320183162

8-Nascimento: 09/05/1966

9-Sexo: Masculino

CPF: 394.513.133-20

11-Mãe: LUKIA RODRIGUES DE SOUSA

12-Fone: 16-98223-1272

13-Resp: BRUNA RODRIGUES

14-Fone: 16-98223-1272

15-Endereço: TAMANQUE - ZONA RURAL

16-Munic: MIGUEL ALVES

17-Cod. IBGE: 220620

18-UF: PI

19-CEP: 64130-000

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

19-Cod. Procedimento

0206010079

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

21 - Qtd.

1

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

26-Diagnóstico:

TCE

27-CID Prim:

3069

28-CID Sec.:

29-CID C.Aux.:

26-Observações/Justificativa:

TCE + trauma

**SOLICITAÇÃO**

38- Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39- Data Solicitação:

24.05.19

40-Tp. Documento:

CPF

40-No. Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

Glaucio Rocha e Silva  
Médico  
CRM 7110

Carimbo Méd. Sol. (CRM)

**AUTORIZAÇÃO**

43-CBO:

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

/ /

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass. Carimbo (Rg. Consel)

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 957899

Consulta: 723183

Exame: 1224386

(Ass. Paciente/Responsável)

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Maurício 47360  
SUS - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANA MARIA SALES DE CASTRO - 30/01/2020 20:59:23

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013020592232400000007761685>

Número do documento: 20013020592232400000007761685

Num. 8126501 - Pág. 18





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE BPA INDIVIDUALIZADO**

Etiqueta de Autorização

Uti 96

BPA - I

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

4-CNES

**5828856**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**

6 - Prontuário: **512075**

7-CMS: **704000320183162**

8-Nascimento: **09/05/1966**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **394.513.133-20**

11-Mãe: **LURIA RODRIGUES DE SOUSA**

12-Fone: **16-98223-1272**

13-Resp: **ERENIA RODRIGUES**

14-Fone: **16-98223-1272**

15-Ende: **TANGARUA - ZONA RURAL**

16-Munic: **MIGUEL ALVES**

17-Cod. IBGE: **220620**

18-UF: **PE**

19-CEP: **64130-000**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

19-Cod. Procedimento

**0206010079**

20 - Nome do Procedimento Principal

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO**

21 - Qtd.

**1**

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

26-Diagnóstico:

**TCE**

27-CID Prim:

**S069**

28-CID Sec.:

29-CID C.Aux.:

26-Observações/Justificativa:

**TCE + trauma**

**SOLICITAÇÃO**

38-Nome Profissional Solicitante:

**WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO**

39-Data Solicitação:

**24/05/19**

40-Nº.Doc. Méd. Solic.:

**003.135.103-42**

40-Tp. Documento:

**CPF**

**Glauro Rocha e Silva**  
Médico  
CRM 7110  
Carimbo Méd.Sol. (CRM)

**AUTORIZAÇÃO**

48-CBO:

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

**/ /**

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Requisição: **957899**

Consulta: **723183**

Exame: **1224386**

(Ass. Paciente/Responsável)

**Joana Lúcia Mendes de Mesquita**  
Médica - 47380  
SUS - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE BPA INDIVIDUALIZADO

Etiqueta de Autorização

Urg

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                        |         |
|----------------------------------------|---------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: | 2-CNES  |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 5828856 |
| 3-Nome do estabelecimento executante:  | 4-CNES  |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 5828856 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|           |                             |                 |               |         |           |         |                |
|-----------|-----------------------------|-----------------|---------------|---------|-----------|---------|----------------|
| 5-Nome:   | RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS | 6 - Prontuário: | 512075        |         |           |         |                |
| 7-CNS:    | 704000320183162             | 8-Nascimento:   | 09/05/1966    | 9-Sexo: | Masculino | CPF:    | 394.513.133-20 |
| 11-Mãe:   | LUEIA RODRIGUES DE SOUSA    | 12-Fone:        | 16-98223-1272 |         |           |         |                |
| 13-Resp:  | BRUNO RODRIGUES             | 14-Fone:        | 16-98223-1272 |         |           |         |                |
| 15-Ende:  | TAMANDUA - ZONA RURAL       | 17-Cod. IBS:    | 220620        | 18-UF:  | PI        | 19-CEP: | 64130-000      |
| 16-Munic: | MIGUEL ALVES                |                 |               |         |           |         |                |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                      |                                                                   |           |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| 19-Cod. Procedimento | 20 - Nome do Procedimento Principal                               | 21 - Qtd. |
| 0206010044           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FASE / SEIOS DA FASE / ARTICULAÇÕES | 1         |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

|                               |              |             |               |
|-------------------------------|--------------|-------------|---------------|
| 26-Diagnóstico:               | 27-CID Prim: | 28-CID Sec: | 29-CID C.Aux: |
| trauma                        | 407          |             |               |
| 26-Observações/Justificativa: |              |             |               |
| trauma - Dor.                 |              |             |               |

SOLICITAÇÃO

|                                   |                          |                                 |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 38-Nome Profissional Solicitante: | 39-Data Solicitação:     | 40-Data Autorização:            |
| WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO        | 24/05/19                 |                                 |
| 40-Tp. Documento:                 | 41-No. Doc. Méd. Solic.: | 42-Data Autorização:            |
| CPF                               | 003.135.103-42           |                                 |
|                                   |                          | 43-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM) |

AUTORIZAÇÃO

|                       |                                        |                                |
|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 44-CBO:               | 45 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:           |
|                       |                                        | / /                            |
| 51-Cod. Órgão Emissor | 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) |
|                       |                                        |                                |

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Requisição: 957900 Consulta: 723183 Exame: 1224390

(Ass. Paciente/Responsável)

Ass. Lúcia Mendes de M. Machado  
Mantida: 41390  
SOME OUT  
CONFERE COM O ORIGINAL







LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE BPA INDIVIDUALIZADO

Etiqueta de Autorização

BPA - 1

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- CNES

5828856

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

6 - Prontuário: 512075

7- CNES: 704000320183162

8- Nascimento: 09/05/1966

9- Sexo: Masculino

CPF: 394.513.133-20

11- Mãe: LUIZA RODRIGUES DE SOUSA

12- Fone: 16-98223-1272

13- Resp: BRUNA RODRIGUES

14- Fone: 16-98223-1272

15- Ender: TAMUNDUA - ZONA RURAL

16- Munic: MIGUEL ALVES

17- Cod. IBGE: 220620

18- UF: PE

19- CEP: 64130-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19- Cod. Procedimento

0206020031

20 - Nome do Procedimento Principal

Tomografia Computadorizada de Torax

21 - Qtd.

1

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

26- Diagnóstico:

Trauma

27- CID Prim:

407

28- CID Sec.:

29- CID C. Ass.:

26- Observações/Justificativa:

Do trauma.

SOLICITAÇÃO

38- Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39- Data Solicitação:

24/05/19

40- Tp. Documento:

CPF

40- No. Doc. Med. Solic.:

003.135.103-42

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

Glauco Roberto e Silva  
Médico  
CRM 17116

AUTORIZAÇÃO

48- CBO:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

/ /

51- Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 957899

Consulta: 723183

Exame: 1224389

(WILLIAM MACHADO)

(Ass. Paciente/Responsável)

Assinado eletronicamente por: ANA MARIA SALES DE CASTRO - 30/01/2020 20:59:25  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001302059239660000007761687  
Número do documento: 2001302059239660000007761687





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde



Fundação Municipal de Saúde

## LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

2 - CNES  
5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE  
Raimundo Rodrigues de Aguiar

3 - Nº DO PRONTUÁRIO  
512075

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO  
09/05/66

8 - NOME DA MÃE

7 - CPF DO PACIENTE

9 - TELEFONE DE CONTATO

Prontuário: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE AGUIAR  
Nascido: 09/05/1966 Id: 53300156 CPF: 394.513.133-20  
Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA  
Endereço: TIMMADUA - ZONA RURAL

Req: 957922 - Atend: 723103-URG- Sol.: 24/05/2019 13:09

-(1) 1224434 T.C. DE FELME (0206030037)

± MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CNES: 704000320183162

### PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

18 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

0206030037

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

Tomografia de abdome inferior com contraste.

### JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Don

23 - CID 10 PRINCIPAL

R10.0

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Paciente vítima de acidente de moto/ciclota, mecanismo  
fontal a cerca de 4 horas, com dor à palpação  
em abdome e sinais de peritonite.

com contraste

### SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/05/15

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

30 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dra. Aureliane R. P. P. REGISTRO DO CONSELHO  
MÉDICA  
CRM-PB 355  
J. P. P.

### AUTORIZAÇÃO

32 - CRD

33 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

36 - CDO ÓRGÃO EMISSOR

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Joana Lúcia Mendes de Aguiar  
Mestre em Saúde  
SAÚDE - RUT  
CONFIRMAR

MOD-38-HUT



|                                                                                   |                             |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
|  | Sistema Único de Saúde      | Ministério da Saúde |
|  | Fundação Municipal de Saúde |                     |
| <b>LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO</b>                                             |                             |                     |

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA**

2 - CNES: **5828856**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - Nº DO PRONTUÁRIO: **512075**

4 - NOME DO PACIENTE: **Raimundo Rodrigues de Azevedo**

5 - DATA DE NASCIMENTO: **03/05/1966**

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

7 - CPF DO PACIENTE:

8 - NOME DA ALIÉ:

9 - TELEFONE DE CONTATO:

10 - PRONTUÁRIO: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE AZEVEDO - Reg: 937923 - Atendi: 723183-URB- Sol: 24/05/2019 13:10

11 - Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA

12 - Endereço: TAMPAUA - ZONA RURAL

13 - 1) 1224435 T.C. DE ABOPO SUPERIOR (0206030010)

14 - 2) MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CNES: 709000320183142

**PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)**

15 - CÓDIGO PROCEDIMENTO: **0206030010**

16 - NOME DO PROCEDIMENTO: **Tomografia de abdômen superior contrasto**

17 - CUSTO:

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

18 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **DCA**

19 - CID-10 PRINCIPAL: **E30.0**

20 - CID-10 SECUNDÁRIO:

21 - CID-10 CAUSAS RESCINDIDAS:

22 - OBSERVAÇÕES:

Paciente vítima de acidente automobilístico, mecanismo frontal a cerca de 6 horas, com dor à palpação, com sinais de peritonite.

com contraste

**SOLICITAÇÃO**

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **24/05/19**

25 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

26 - DOCUMENTO:

27 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

28 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):

**AUTORIZAÇÃO**

29 - CRO:

30 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO:

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

32 - Cód. Órgão Emissor:

33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):

*Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*

*Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizado*

*Assinatura e Carimbo do Conselho*

MUN. 34-41 IT







LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE BPA INDIVIDUALIZADO

Etiqueta de Autorização

UTI 8

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                          |          |
|------------------------------------------|----------|
| 1 - Nome do estabelecimento solicitante: | 2 - CNES |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT   | 5828856  |
| 3 - Nome do estabelecimento executor:    | 4 - CNES |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT   | 5828856  |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|             |                             |                  |               |           |           |           |                |
|-------------|-----------------------------|------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| 5 - Nome:   | RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS | 6 - Fronteiriço: | 512075        |           |           |           |                |
| 7 - CNES:   | 704000320183162             | 8 - Nascimento:  | 09/05/1986    | 9 - Sexo: | Masculino | CPF:      | 394.513.133-20 |
| 11 - Mãe:   | LUIZA RODRIGUES DE SOUSA    | 12 - Fone:       | 16-98223-1272 |           |           |           |                |
| 13 - Resp:  | RAIMUNDO RODRIGUES          | 14 - Fone:       | 16-98223-1272 |           |           |           |                |
| 15 - Endez: | TAMAUJUA - ZONA RURAL       | 17 - Cod. IDGE:  | 220620        | 18 - UF:  | PI        | 19 - CEP: | 64130-000      |
| 16 - Munic: | MIGUEL ALVES                |                  |               |           |           |           |                |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                        |                                                                |           |
|------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 19 - Cod. Procedimento | 20 - Nome do Procedimento Principal                            | 21 - Qtd. |
| 0206030037             | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ANOCHES INFERIOR | 1         |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

|                   |                    |                     |                |
|-------------------|--------------------|---------------------|----------------|
| 26 - Diagnóstico: | 27 - CID Principal | 28 - CID Secundária | 29 - CID Causa |
| trauma            | 902                |                     |                |

26 - Observações/Justificativa:

traumatismo.

SOLICITAÇÃO

|                                     |                            |                                           |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| 38 - Nome Profissional Solicitante: | 39 - Data Solicitação:     | Glauco F. de Silva<br>M. J. J.<br>CRM: 10 |
| WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO          | 24/05/19                   |                                           |
| 40 - Tp. Documento:                 | 40 - No. Doc. Med. Solic.: | 41 - Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)         |
| CPF                                 | 003.135.103-42             |                                           |

AUTORIZAÇÃO

|                         |                                        |                                  |
|-------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| 43 - CBO:               | 45 - Nome do Profissional Autorizador: | 47 - Data Autorização:           |
|                         |                                        | / /                              |
| 51 - Cod. Órgão Emissor | 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 49 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho) |
|                         |                                        |                                  |

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 957903

Consulta: 723183

Exame: 1224393

(WILLIAM MACHADO)

(Ass. Paciente/Responsável)

Jaqueline Mendes de Menezes  
Médica - HUT  
47300  
CONFERE CRM







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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a1m6d Sexo: Masculino Origem: INTERNACAO Atendimento: 239808  
Requisição: 965929 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1240397 Convênio: S U S SALA VERMELHA SALA VERMELHA EXTRA 01

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010079

Data Exame: 15/06/2019

### T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

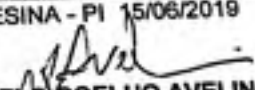
#### RELATÓRIO:

- CRANIECTOMIA FRONTAL À ESQUERDA, COM MATERIAL DENSO NO SEIO FRONTAL IPSILATERAL.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE DISCRETA NA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL.
- ÁREA FOCAL DE GLIOSE NO TÁLAMO À ESQUERDA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- ACENTUAÇÃO DOS ESPAÇOS SUBDURAIS BIFRONTAIS, MAIOR À ESQUERDA.

OBS.: FRATURAS FACIAIS.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 15/06/2019

  
**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM  
Profissional Responsável

  
Joana Luis Sales de Castro  
Médico: 47399  
RAME - HUT  
COM C

Scanned with CamScanner





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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1965 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183  
Requisição: 957900 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1224390 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 24/05/2019

### T.C. DE FACE

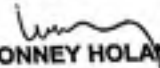
TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

#### ELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS NASAIS, EM PAREDES DA ÓRBITA, EM PAREDE ANTERIOR DO SEIO ESFENOIDAL, EM PAREDE MEDIAL DO SEIO MAXILAR E EM PAREDES DO SEIO FRONTAL À ESQUERDA.
- SINUSORRAGIA FRONTO-ESFENO-ETMOID-MAXILAR À ESQUERDA.
- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÕES PERIORBITÁRIA E NASOGENIANA À ESQUERDA.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

  
**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
Profissional Responsável

*Joana Luiza Mendes da Mota*  
Matrícula: 47380  
SAÚDE HUT  
CONFERE COM O ORDEM

Scanned with CamScanner





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a1m6d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808  
Requisição: 965929 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1240397 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 32

### RELATÓRIO:

Data Exame: 15/06/2019

Cod. SIA: 0206010079

### T.C. DE CRÂNIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- CRANIECTOMIA FRONTAL À ESQUERDA, COM MATERIAL DENSO NO SEIO FRONTAL IPSILATERAL.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE DISCRETA NA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL.
- ÁREA FOCAL DE GLIOSE NO TÁLAMO À ESQUERDA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- ACENTUAÇÃO DOS ESPAÇOS SUBDURAIS BIFRONTAIS, MAIOR À ESQUERDA.

OBS.: FRATURAS FACIAIS.

TERESINA - PI 15/06/2019

(IRANDI SILVA)

**MARCELO COELHO AVELINO**  
CPF: 552.218.663-15 2443 CRM  
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAM-PI - HUT  
Conferido com Original







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

Página 1 de 2

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000 Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236808  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a6m2d Sexo: Masculino Solicitante: YURI JIVAGO FELIX  
Requisição: 967571 Solicitação: 20/06/2019 CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32  
Controle: 1243702 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Data Exame: 20/06/2019

Cod. SIA: 0204060125

### JOELHO ESQUERDO

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

- Artrodese do joelho por aparelho metálico externo.

TERESINA - PI 11/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**  
CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710  
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAM - HUT  
Confere com Original

Scanned with CamScanner





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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a0m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808  
Requisição: 962783 Solicitação: 07/06/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA  
Controle: 1234300 Convênio: S U S UTI GERAL UTI GERAL LEITO 06

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/06/2019

### T.C. DE CRÂNIO

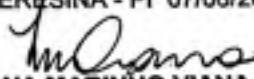
TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA FRONTAL ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTAL DIREITO E FRONTO-PARIETAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE NA ALTA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 07/06/2019

  
**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**  
CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591  
Profissional Responsável

San Mendes de Mesquita  
07/06/2019

Scanned with CamScanner





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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a6m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808  
Requisição: 968225 Solicitação: 22/06/2019 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX  
Controle: 1245068 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 22/06/2019

### OMBRO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAM - HUT  
Conferido com Original







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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512078)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a6m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808  
Requisição: 967571 Solicitação: 20/06/2019 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX  
Controle: 1243701 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 298 LEITO 32

### RELATÓRIO:

Data Exame: 20/06/2019

Cod. SIA: 0204040035

### OMBRO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 11/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710  
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matricula: 059234  
SAMS - HUT  
Conferido com Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a6m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239905  
Requisição: 965610 Solicitação: 14/06/2019 Solicitante: WYSMAR VIEIRA FREITAS DA SILVA  
Controle: 1239871 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

### RELATÓRIO:

Data Exame: 14/06/2019

Cod. SIA: 0204030170

### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 11/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**  
CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710  
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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183  
Requisição: 957903 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1224393 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Data Exame: 24/05/2019

Cod. SIA: 0206030037

### T.C. DE Pelve

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

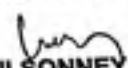
#### RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AS PARTES MOLES ENDOPÉLVICAS NÃO APRESENTAM ALTERAÇÕES.
- ALÇAS INTESTINAIS DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES EXPANSIVAS NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA Pelve NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

  
**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimentos: 723183  
Requisição: 957923 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA  
Controle: 1224435 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Data Exame: 24/05/2019

Cod. SIA: 0208030010

### T.C. DE ABDOME SUPERIOR

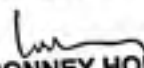
TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

### RELATÓRIO:

- INFILTRAÇÃO GORDUROSA HEPÁTICA DIFUSA, GRAU ACENTUADO.
- CONTUSÃO NO POLO SUPERIOR DO BAÇO ASSOCIADO A HEMATOMA SUBCAPSULAR PERIESPLÊNICO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- BACIA COM GRANDE REPLEÇÃO.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

  
**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIEMERG Atendimento: 723183  
Requisição: 957922 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA  
Controle: 1224434 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Data Exame: 24/05/2019

Cod. SIA: 0206030037

### T.C. DE PÉLVE

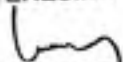
**TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL, COM CONTRASTE VENOSO.**

### RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AS PARTES MOLES ENDOPÉLVICAS NÃO APRESENTAM ALTERAÇÕES.
- ALÇAS INTESTINAIS DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES EXPANSIVAS NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.
- BEXIGA COM GRANDE REPLEÇÃO.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

  
**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183  
Requisição: 957899 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1224389 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 24/05/2019

### T.C. DE TORAX

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL E CORONAL

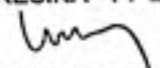
### RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA PULMONAR COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

  
**WILSONNEY HOLANDA LEAL**

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183  
Requisição: 957899 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1224386 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Data Exame: 24/05/2019

Cod. SIA: 0206010079

### T.C. DE CRANIO

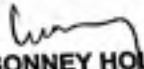
TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### ELATÓRIO:

- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÕES OCCIPITAIS.
- PEQUENAS CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM ASPECTO MEDIAL DO LOBO TEMPORAL ESQUERDO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

UIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

  
**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
Profissional Responsável

Scanned with CamScanner





**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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**  
Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183  
Requisição: 957899 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1224387 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Data Exame: 24/05/2019

Cod. SIA: 0206010010

### T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)  
Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**  
Nascimento: 09/05/1965 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183  
Requisição: 957899 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1224388 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 24/05/2019

### T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

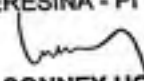
### RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 24/05/2019

  
**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
Profissional Responsável

João Luiz Mendes de M  
CPF: 4739  
SAME - HUT  
RE COM C

Scanned with CamScanner





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI  
Nº 7240371361  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
1ª VIA CDD RENOVAM 2007

1ª 862134986

JOSÉ IVANILDO NASCIMENTO

RUA BETO REGO  
RURAL CASA 00037 PI

47917652300

NOV-0 9C2KC08105R872469

1006  
260d  
8820  
c225  
844a  
7799  
0109  
8867  
344a  
3607  
0924

HCNDA/CG 150 TITAN KS

002P/149CC

1ª 862134986

2ª 9C2KC08105R872469

3ª PAGO

SEGURO: PAGO

A/FTD- CONSORCIO NAC. HONDA LIDA

24/09/2007

ESPERANTINA  
JOSÉ IVANILDO NASCIMENTO  
DETRAN - PI

PI Nº 7240371361 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSÉ IVANILDO NASCIMENTO

RUA BETO REGO  
RURAL CASA 00037 PI

47917652300

2007 24/09/2007

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PI Nº 7240371361

JOSÉ IVANILDO NASCIMENTO

RUA BETO REGO  
RURAL CASA 00037 PI

47917652300

2007 24/09/2007

HCNDA/CG 150 TITAN KS

002P/149CC

SEGURO: PAGO

A/FTD- CONSORCIO NAC. HONDA LIDA

24/09/2007

ESPERANTINA