



Número: **0809597-86.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **26/04/2019**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO KELSON MENDES COELHO (INTERESSADO)		JOAO VICTOR SERPA DO NASCIMENTO DELGADO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4873222	26/04/2019 11:44	Petição Inicial	Petição Inicial
4873237	26/04/2019 11:44	comprovante endereço_0042	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
4873393	26/04/2019 11:44	anexo_0044	Documentos

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA.

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO, brasileiro, solteiro, CPF nº 033590543-93, Cédula de Identidade/RG nº 2768736, residente e domiciliado na rua nossa senhora da guia, 3881, angélica – Teresina/PI, vem por intermédio de seu advogado e Procurador conforme procuração em anexo, perante vossa Excelência propor:
AÇÃO DE COBRANÇA DE INVALIDEZ PERMANENTE (DPVAT)

Em face de SEGURADORA LIDER, pessoa jurídica de direito privado 09.248.608/0001-04, com endereço para notificações na Rua Silva Paulet, Nº 769 Bairro: Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º andar, CEP 20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ, pelas razões de fato e de Direito a seguir

FATOS:

O Autor foi vítima de acidente de trânsito, conforme Boletim de Ocorrência em anexo, da Polícia Civil.

Desse sinistro, restaram lesões permanentes e preocupantes na parte autora, CONFORME LAUDOS.

Sabedora de seu direito, a parte autora requereu de forma administrativa seu seguro junto à requerida, acontece que NEGOU O PEDIDO DO AUTOR.

O **Seguro DPVAT** é um seguro para cobrir danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o **DPVAT** é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

DO DIREITO

O Seguro Obrigatório **DPVAT** foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do **DPVAT** são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres, o **Autor faz jus à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito**, ou seja, **da invalidez permanente**, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *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;

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.

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez **a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão**. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro **DPVAT** quando resulta de um acidente



causado por veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável. A invalidez é considerada permanentemente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada **integralmente ou em parte**.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO ADMINISTRATIVO. A indenização do seguro obrigatório DPVAT deve ser paga de forma proporcional à graduação da invalidez, nos termos da Lei n. 6.194/74 e da Súmula 344 do STJ. Apelo provido. (Apelação Cível Nº 70060642345, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Elisa Carpin Corrêa, Julgado em 28/08/2014).

AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO - ACIDENTE OCORRIDO NA VIGÊNCIA DA LEI 11.945 /09 - EXISTÊNCIA DE CRITÉRIOS LEGAIS PARA A GRADUÇÃO - APLICAÇÃO DOS PERCENTUAIS GRADUATIVOS INSTITUÍDOS NA TABELA ANEXA À LEI - PAGAMENTO ADMINISTRATIVO INSUFICIENTE - COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Tendo o acidente que vitimou o segurado ocorrido na vigência da Lei 11.945 /09, devem ser aplicadas as regras nela previstas para opagamento da indenização relativa ao seguro obrigatório, sobretudo a graduação em percentuais e conforme o tipo da lesão e o membro/órgão lesado, estabelecida na tabela anexa à lei. Considerando o grau moderado da lesão e o segmento afetado, deve ser reconhecido o direito do segurado à percepção de uma indenização no valor equivalente a 50% de 70% de R\$13.500,00, teto indenizável previsto no art. 3º , II da Lei 11.945 /09, equivalente a cada membro lesado. Tendo havido o pagamento parcial da indenização relativa ao DPVAT , deverá ser reconhecido ao segurado o direito à complementação da indenização. (Processo: AC 10701110228239001, Relator: Amaldo Maciel, Julgamento: 13.08.2013, órgão julgador: Camaras cíveis 18º câmara, publicação: 20.08.2013)

DA PERÍCIA JUDICIAL

Por entender que o Exame de Corpo Delito realizado pelo IML é um exame indispensável para comprovação da debilidade do autor (a), desta forma, não resta outra alternativa, senão requer desde já prova pericial médica, a qual poderá ser realizada por algum Médico do Instituto de Medicina Legal desse Município.

DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

1º) A citação da ré, no endereço anteriormente indicado, para apresentar, se querendo, defesa no prazo legal, sob pena de revelia;

2º) Requer, a produção de prova pericial, para verificação o grau da lesão do autor, podendo ser realizado no IML, respondendo os seguintes quesitos: a) se a invalidez é temporária ou permanente; b) sendo permanente, se é parcial ou total; c) no caso de invalidez parcial, qual o percentual da incapacidade

3º) Que ao final, seja condenada a requerida no pagamento, nos moldes da Lei 6.194/74, no valor de R\$ 13.500,00, acrescida de juros de mora desde quando se tornou devida a respectiva diferença e correção monetária nos termos da lei, m honorários sucumbenciais à ordem de 20% sobre o valor da causa, ressalvado o acordo à vista da possibilidade de conciliação.

4º) Por fim, REQUER seja deferido o presente pedido, qual seja, determinar e conceder à Requerente os benefícios da Lei 1.060/50 e art. 5º, LXXIV, da CF/88.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13500,00



Nestes termos, pede deferimento.

Teresina, 25 de abril de 2019.

João Victor Serpa do N. Delgado
OAB/PI 10647



Pag. 01037/01038 - carta_04 - INVALIDEZ

00020519



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



Correios
R\$ 13,45

21.12.18 - 09:21

CARTA
ARF MARIZ/RJ

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
RUA COSMICO, 3281 IRMA DULCE
ANGELIM
CEP 64040535 - TERESINA - PI



BI345132512BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT - Como Requerer

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT





JOÃO VICTOR SERPA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO, brasileiro, solteiro, portador do RG: 2768736 CPF nº 033.590.543-93, residente e domiciliado em Timon/MA, vem nomear como seu bastante procurador, o **JOÃO VICTOR SERPA DO NASCIMENTO DELGADO** brasileiro, casado, advogado, OAB-PI nº 10647 OAB-MA nº 17616-A, com escritório na Avenida Francisco Carlos Jansen, nº 316, Bairro Parque Piauí, Timon/MA, a quem confere amplos poderes para atuar no foro geral, com cláusulas *ad judicia*, conferindo-lhes, também poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos, receber quitações, podendo, inclusive, estabelecer o presente mandato, com ou sem reserva de poderes.

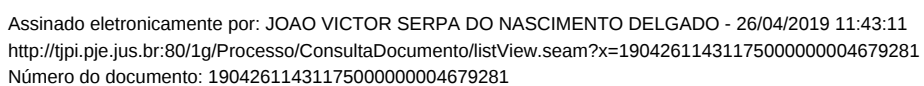
Timon, 12 de março de 2019

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Avenida Francisco Jansen, 316, Parque Piauí/ Rua José Simões Pedreira, 232, Centro, Timon/MA
Fones: (86) 3212-4063 / (86) 98844-0962 (whatsapp)
advocaciatimon@hotmail.com

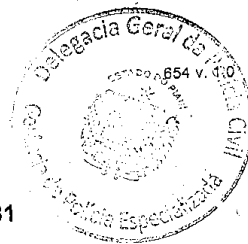


DEAC. AD. AMBACES. COL. M. H. S. W. P. P. P.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001955/2018-81

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 13/06/2018 - 14:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AV. CENTENÁRIO, Nº:
Complemento

Data/Hora
02/02/2018 - 01:00

Bairro
AEROPORTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
RG: 2768736SSPI
Mãe: BENEDITA MENDES COELHO
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DA GUIA, Nº 3881
Bairro: ANGELIM
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-9811-5698

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

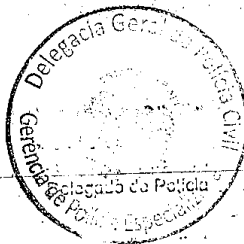
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE ANDAVA COMO PASSAGEIRO NO VEÍCULO- PEUGEOT, COR PRATA, ANO 2010/2011, PLACA NII-1575, DE PROPRIEDADE DO SR. WALBER JOSÉ PEREIRA FILHO, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, CONDUTOR SR. CARLOS ALBERTO MONTEIRO VELOSO NETO, QUE O PNEU TRASEIRO DO ESQUERDO DO REFERIDO VEÍCULO, ESTOUROU, SACOU, QUE MOTIVOU O ACIDENTE, O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº464936, EM SEGURANÇA. PRONTUÁRIO DE Nº4394231. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092570
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Kelson Mendes Coelho
FRANCISCO KELSON MENDES COELHO - Noticiante
Responsável pela Informação



Boletim de Ocorrência emitido em 13/06/2018 às 14:46 - SisBOCEL - v. 4.3.0

Página 1/1





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180324739

Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Data do Acidente: 02/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01037/01038 - carta_04 - INVALIDEZ

Carta nº 13735256



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edvan Chaves Sousa,
 RG nº 273.0034, data de expedição 16/11/11,
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 033.943.583-60, com
 domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Alencar Viana, Parque Ideal, nº 2545
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisco Wilson Mendes Coelho o condutor era
Carlos Alberto Monteiro Veloso Neto

Veículo: PEO EGOT
 Modelo: 307
 Ano: 2010
 Placa: NI 11 1675
 Chassi: 8A030N6BTB G001963
 Data do Acidente: 02/02/2018
 Local e Data: Teressina, 09/04/2018

Edvan Chaves Sousa
 Assinatura do Declarante

Carlos Alberto Monteiro Veloso Neto

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

Cartório
 Themistocles
 Sampaio
 3º OFÍCIO DE NOTAS

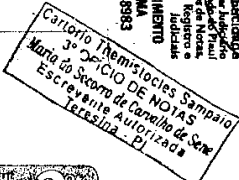
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR - ANATÁLIA BONGALVES DE SAMPAIO PEREIRA
 RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
 Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CARLOS ALBERTO MONTEIRO
VELOSO NETO. DOU FE. EM TEST. True DA VERDADE.
 TERESINA-PI, 09/04/2018. Empl.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70
 Selo: AEC.48933 (F80F446)

Maria do Socorro de Carvalho de Sene Escrevente Autorizada

☐ Tabelião

☒ Escrevente autorizado



TERESINA-PI - CEP: 64.048.502 - Fone: (086) 3304.2195 - e-mail: cartorio.them@gmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EDVAN CHAVES SOUSA
 EM TEST. João DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 13/04/2018 09:39

THANIA MARIA LINHARES BALDINO - ESCRIVENTE AUTORIZADA

Fim: 3 71 T.: 0.74 Selo: 0.25 Total: 4.70

Portaria nº 3108/2017 - P.J. P/CJUE/PCB/5



RECONHECIMENTO DE FIRMA
 Nº ABD-07090

Thania Maria Linhares Baldino
 Escrevente Autorizada





Paciente: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
Sexo: MASC
Convênio: SOLUMEDI
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 146601.01
Data: 10/09/2018 18:22:00

RAIO X DO ÚMERO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do úmero direito realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra:

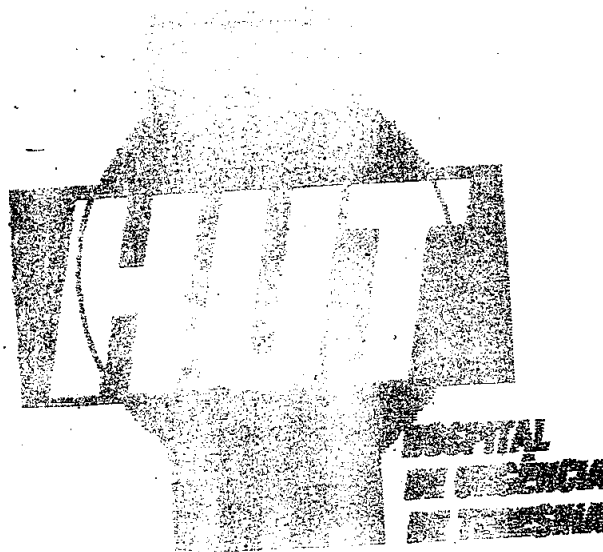
- Controle de tratamento cirúrgico de fratura na diáfise média do úmero, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Demais estruturas ósseas com morfologia normal.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Controle de tratamento cirúrgico de fratura na diáfise média do úmero, fixada com placa e parafusos metálicos.

DR. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JÚNIOR
CRM 2854





NOME DO PACIENTE: Francisco Nelson Mendes Coelho
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 466986

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





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

OBS

SUS SUS

Imp: 02/02/2018 02:27:12

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO			Prontuário:	466986
Mãe:	BENEDITA MENDES COELHO		Pai:	DOMINGOS GOMES COELHO	
End. Resid.:	RUA COSMICO 3281 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	11/04/1991	Idade:	26a:10m:22d	Sexo:	Masculino
Responsável:	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		CNS:	708704153862790	
Profissão:			CPF:	033.590.543-93 * RG: -	
G. Instrução:	Médio Completo		E. Civil:	Solteiro(a)	
End. Local.:	-				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	648946	Data:	02/02/2018 02:25:07	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Id. Trab.:	Não	Trajetória:	Não	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Transtorno em MSD
pulso/pulsação normais
neurologia ok

PA	X	mmHg	Pulso:		FC:		bpm	Temp.:	
----	---	------	--------	--	-----	--	-----	--------	--

Diagnóstico inicial:

CII:

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO
DATA: 02/02/2018
Técnico: E

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:

Assinatura Paciente Responsável:
Edilson Raimundo Ribeiro Coelho
Diretor de Enfermagem
Hospital de Urgência de Teresina
Prof. Zelson Rocha

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





UDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

207488

49071

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

207488

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

6 - Prontuário: 466986

7-CNS: 708704153862790

8-Nascimento: 11/04/1991

9-Sexo: Masculino

CPF: 033.590.543-93

11-Mãe: BENEDITA MENDES COELHO

12-Fone: 86-99813-9902

13-Resp: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: RUA COSMICO 3281 - ANGELIM - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM MSD

21 - Condições que justificam a internação:

Requer o cuidado

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

RA

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do úmero

24-CID Prin:

S423

25-CID Sec.:

26-CID C. Abat:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020393

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02 01

31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

CPF 746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

02/02/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CROP:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (FLAVIA MENDES)

Consulta Local: 640046

Consulta SUS:

Impressão: 02/02/2018 02:59:27





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 Hora do chamado	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local de Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município/UF	13 Ponto de referência	
	14 Nome				15 Sexo
Dados do Paciente	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
Tipo de Ocorrência	23 Glasgow		24 Sinais vitais		
	25 Local da lesão		26 Pupilas		
Acidente de Transporte	27 Pulso		28 Sangramento		
	29 Fratura		30 Procedimentos realizados		
Exame Físico	31 Hospital de Destino		32 Condições de entrada		
	33 Observações interdisciplinares		34 Assinaturas		



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO KELSON MENDES COELHO** (Prontuário: 466986)
Endereço: RUA COSMICO 3281 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 11/04/1991 Idade: 26a:11m:16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 648946
Requisição: 811387 Solicitação: 02/02/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1004990 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 02/02/2018

Cod. SIA: 0204040051

UMERO DIREITO

O estudo radiológico do úmero foi realizado nas incidências em Pa/Perfil.
os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominuta no terço médio do úmero direito.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/03/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
	19 Víctima	20 Meio de locomoção			
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	23 Glasgow	24 Sinais Vitais			
Exame Físico	25 Local da lesão	26 Pupilas			
	27 Pulso	28 Sangramento			
Assistência	29 Dor	30 Fratura			
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino			
Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	35 Observações Interdisciplinares	36 Responsável pela recepção			

Versão: 27.11.2011





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UE		Código IBGE		
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vítima				20 Meio de locomoção
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow				24 Sinais Vitais
Exame Físico	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				27 Pulso
Assistência	28 Sangramento				29 Dor
	30 Fratura				31 Procedimentos realizados
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino				33 Condições de entrada
	34 Óbito				
Observações Interdisciplinar	35 Observações				
	36 Observações				
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico					
Enfermeiro Conductor					

Versão: 27.11.2011



Francisco Kelson Mendes Cecilio

FRANCISCO KELSON MENDES CECILIO

4304291

NOME

Nº do prontuário

440 41 A

Enfermaria

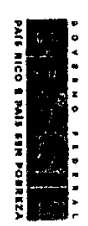
2

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA: _____



Ministério da
Educação



vias:
Cão Tra

Assinatura

X Con

Des

Cor

De:

Plc

Cr

Leg

05-05-2019

15:11:53

O

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

65-110



NOME DO PACIENTE JOÃO VICTOR SERPA DO NASCIMENTO DELGADO	PROFISSIONÁRIO 466986	CLÍNICA	ENE ou APT. 234	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES 2- Glicose elevada 286	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: 02/08/18 HORA: 08h	HORÁRIO			
OBSERVAÇÕES				
1) 2- Glicose elevada 286 2) 2- Glicose elevada 286 3) 2- Glicose elevada 286 4) 2- Glicose elevada 286 5) 2- Glicose elevada 286 6) 2- Glicose elevada 286 7) 2- Glicose elevada 286 8) 2- Glicose elevada 286 9) 2- Glicose elevada 286 10) 2- Glicose elevada 286 11) 2- Glicose elevada 286 12) 2- Glicose elevada 286 13) 2- Glicose elevada 286 14) 2- Glicose elevada 286 15) 2- Glicose elevada 286 16) 2- Glicose elevada 286 17) 2- Glicose elevada 286 18) 2- Glicose elevada 286 19) 2- Glicose elevada 286 20) 2- Glicose elevada 286 21) 2- Glicose elevada 286 22) 2- Glicose elevada 286 23) 2- Glicose elevada 286 24) 2- Glicose elevada 286 25) 2- Glicose elevada 286 26) 2- Glicose elevada 286 27) 2- Glicose elevada 286 28) 2- Glicose elevada 286 29) 2- Glicose elevada 286 30) 2- Glicose elevada 286 31) 2- Glicose elevada 286 32) 2- Glicose elevada 286 33) 2- Glicose elevada 286 34) 2- Glicose elevada 286 35) 2- Glicose elevada 286 36) 2- Glicose elevada 286 37) 2- Glicose elevada 286 38) 2- Glicose elevada 286 39) 2- Glicose elevada 286 40) 2- Glicose elevada 286 41) 2- Glicose elevada 286 42) 2- Glicose elevada 286 43) 2- Glicose elevada 286 44) 2- Glicose elevada 286 45) 2- Glicose elevada 286 46) 2- Glicose elevada 286 47) 2- Glicose elevada 286 48) 2- Glicose elevada 286 49) 2- Glicose elevada 286 50) 2- Glicose elevada 286 51) 2- Glicose elevada 286 52) 2- Glicose elevada 286 53) 2- Glicose elevada 286 54) 2- Glicose elevada 286 55) 2- Glicose elevada 286 56) 2- Glicose elevada 286 57) 2- Glicose elevada 286 58) 2- Glicose elevada 286 59) 2- Glicose elevada 286 60) 2- Glicose elevada 286 61) 2- Glicose elevada 286 62) 2- Glicose elevada 286 63) 2- Glicose elevada 286 64) 2- Glicose elevada 286 65) 2- Glicose elevada 286 66) 2- Glicose elevada 286 67) 2- Glicose elevada 286 68) 2- Glicose elevada 286 69) 2- Glicose elevada 286 70) 2- Glicose elevada 286 71) 2- Glicose elevada 286 72) 2- Glicose elevada 286 73) 2- Glicose elevada 286 74) 2- Glicose elevada 286 75) 2- Glicose elevada 286 76) 2- Glicose elevada 286 77) 2- Glicose elevada 286 78) 2- Glicose elevada 286 79) 2- Glicose elevada 286 80) 2- Glicose elevada 286 81) 2- Glicose elevada 286 82) 2- Glicose elevada 286 83) 2- Glicose elevada 286 84) 2- Glicose elevada 286 85) 2- Glicose elevada 286 86) 2- Glicose elevada 286 87) 2- Glicose elevada 286 88) 2- Glicose elevada 286 89) 2- Glicose elevada 286 90) 2- Glicose elevada 286 91) 2- Glicose elevada 286 92) 2- Glicose elevada 286 93) 2- Glicose elevada 286 94) 2- Glicose elevada 286 95) 2- Glicose elevada 286 96) 2- Glicose elevada 286 97) 2- Glicose elevada 286 98) 2- Glicose elevada 286 99) 2- Glicose elevada 286 100) 2- Glicose elevada 286				

MÉDICO/CRM:



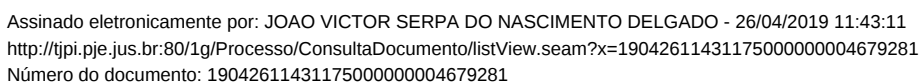
**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		D. NASCIMENTO		CLÍNICA		ENF. ou APT.		LEITO			
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		HORÁRIO		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE							
DATA: / /		HORA: :											
1 DIETA LIVRE 2 SCS% 500ML + SFO, 9% 500ML EV EM 12H 3 DIFTRONA 2ML + AD EV 6/6H 4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H 5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS 6 CCGG		Prescrição Médica DATA: / / HORA: :		Observações		H PA T P R DOURES GLICEMIA		12 18 24 06		100 80 85		100 80 85	

MÉDICO/CRM:

2. Find



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 49071
	AIH: 2218100060870

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5K2KX56
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5K2KX56

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
708704153802790	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	11/04/1998	466986	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
RG		BENEDITA MENDES COELHO	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	
2.768.736 PI				
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	RUA COSMICO,3181			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
DIAGNOSTICO EOU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	0301060070

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU	0408020393		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
DIAGNOSTICO EOU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	0301060070		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA DIAFISE DO UMERU	S423		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente foi atendido, estabilizado e transferido para outra unidade de saúde.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
207284512760006	28/02/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA	
CNS AUTORIZADOR	ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO
170263951200001	28/02/2018 17:38:48

Assinado eletronicamente por: JOAO VICTOR SERPA DO NASCIMENTO DELGADO - 26/04/2019 11:43:11
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042611431175000000004679281
 Número do documento: 19042611431175000000004679281



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 49071
	AIH: 2218100060870

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS 708704153862790	NOME DO PACIENTE FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	NASCIMENTO 11/04/1998	SEXO M	PRONTUÁRIO 466986
DOCUMENTO CPF 2.768.736 PI	TELEFONE BENEDITA MENDES COELHO	RESPONSÁVEL FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURADA DIAFISE DO UMER0

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
CIRURUGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FISICO.RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S423 - FRATURA DA DIAFISE DO UMER0	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER0	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA CPF: 74663393372 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 02/02/2018
DATA ADMISSÃO 02/02/2018 02:25	DATA ALTA 02/02/2018 12:24
MOTIVO ALTA TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

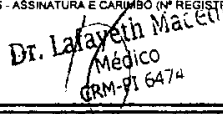
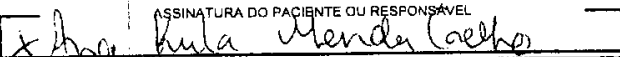
JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46261079315 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 02/02/2018 03:52:35 CPF: CRM:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO: 49167

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		EBSERH		 Hospital Universitário	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE						2 - CNES	
Hospital Universitário						3.285.391	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE						4 - CNES	
Hospital Universitário						3.285.391	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
FRANCISCO KELSON MENDES COELHO						4304291	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RAÇA / COR	
708704153882790		11/04/1991		Masculino		Parda	
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO	
BENEDITA MENDES DE COELHO						(86) 998318321 / (86)	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - TELEFONE DE CONTATO	
O MESMO							
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)							
RUA NOSSA SENHORA DAGUIA, 3281, VILA IRMA DULCE							
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
TERESINA				2211001		PI	
						19 - CEP	
						64000972	
JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM DOR AO NÍVEL DE DIÁFISE DE ÚMERO D. RADIOGRAFIA COM IMAGEM DE FRATURA DIÁFISÁRIA DE ÚMERO							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
AS ACIMA							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES)							
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
FRATURA DE ÚMERO				S42.3 - Fratura da			
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO						0408020393	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
Cirurgia		Urgência		() CNS (X) CPF		99434393353	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				34 - DATA DA		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
BRUNO WILSON DA SILVA MOURA				02/02/2018		 Dr. Lafayette Maciel Médico CRM-PI 6474	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				0		0	
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - COD. ORGÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF							
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)					
		 Bruno Wilson da Silva Moura					

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



32 P1 1215 2090
3218 6122

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 126101868	Nº DA REGULAÇÃO: 14553
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86) 3229-4321	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITARIO HU	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	
PACIENTE: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	NASCIMENTO: 11/04/1998

DADOS CLINICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: "ACIDENTE DE MOTO" TRAUMA EM MSD. FRATURA EM DIAFISE DE UMEROS (D).			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: RX DE OMBRO D: FRATURA EM DIAFISE DE UMEROS (D).			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATORIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: IMOBILIZAÇÃO			

(*) É importante que seja anexada a última prescrição e os exames realizados para melhor continuidade do tratamento.

DATA:	02/02/2018 12:37:07
 MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA COMPROVANTE	
Número do Laudo: 49167	Orgão Emissor:
M221100001	
Paciente: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	
Nascimento: 11/04/1998	
Procedimento:	
0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO	
CID:	
S423 - FRATURA DA DIAFISE DO UMERO	
Data da Solicitação:	Data da Autorização:
AIH.:	
Estabelecimento Executante: HOSPITAL UNIVERSITARIO HU	
_____ Autorizador	



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
Hospital Universitário3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
Hospital Universitário2 - CNES
3.285.3914 - CNES
3.285.391**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO KELSON MENDES COELHO7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
7087041538627908 - DATA DE NASCIMENTO
11/04/19919 - SEXO
Masculino10 - RAÇA / COR
Parda6 - Nº DO PRONTUÁRIO
4304291

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
BENEDITA MENDES DE COELHO13 - NOME DO RESPONSÁVEL
O MESMO12 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 998318321 / (86)15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
RUA NOSSA SENHORA D'AGUIA, 3281

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
TERESINA17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
221100118 - UF
PI19 - CEP
6400097220 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH
49167**X SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
040802039332 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
0802010199

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Permanência maior devido ao preparo
pre-operatório

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO
10/02/201844 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO E CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

51 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO E CONSELHO)



Nome	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		Nome Social			Prontuário	430429/1		
Nome Mãe	BENEDITA MENDES DE COELHO		Sexo	Masculino	Estado Civil	Solteiro	Dt Nascimento	11/04/1991	
Nome Pai	DOMINGOS GOMES COELHO		Data cadastro	02/02/2018	Data recadastro		Pront. Família		
RG	2768736		CPF	033.590.543-93		Cartão SUS	708704153862790		
Nome Anterior			Cidade de nascimento	TERESINA		UF	PI		
Grau Instrução	Superior Incompleto		Nacionalidade	BRASILEIRO					
Profissão			Código da profissão			Cor	Parda	Fone ou Recado	86-998318321
L. radouro	Posto de Referência :								
RUA NOSSA SENHORA DAGUIA									
Número	3281		Complemento			Bairro	VILA IRMA DULCE		
Cidade	TERESINA		UF	PI	CEP	64000-972			
Identificador	MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA								
Área Cadastradora	SETOR 14- LC CAB. PESC - OFTALMOLOGIA								
Observação									
Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.									
Teresina <i>[Assinatura]</i> () Paciente () Pai () Mãe () Representante Legal									
Hospital Universitario - Ufpi Boletim de Identificação de Paciente									

AIPR_BOLETIM_IDEN

02/02/18 21:16

Página: 1/1



- Identificação do Paciente -

Paciente: 261013 Prontuário: 0430429/1
Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
Nome Mãe: BENEDITA MENDES DE COELHO
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DAGUIA Cartão SUS: 708704153862790
Número: 3281 Complemento: Telefone: 86 998318321
Bairro: VILA IRMA DULCE
Cidade: TERESINA UF: PI Cep: 64.000-972
Data Nasc.: 11/04/1991 Idade: 26 Sexo: M Cor: M Est. Civil: S
Profissão:
Naturalidade: TERESINA UF Nascimento: PI
Nacionalidade: BRASILEIRO

- Identificação do Responsável -

Nome:
Endereço:
Cidade: UF: CEP: Fone:

- Dados de Internação -

Data Internação: 02/02/2018 22:01
CID Principal: Y98 CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
CID Secundário:
Procedimento: 408020393 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU
Clínica: Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0041 Leito: A Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO
Unidade: POSTO 4 CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Carater de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 2 Dia(s)
Nro. Atendimento:

- Equipe Médica -

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM: 5338 CPF: 99434393353
Chefe da Equipe ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : ANDRE LUIZ PINHO SOBRAL
CRM: 3573 62108166300

- Funcionário que efetuou a Internação -

Nome: MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA
C. Ponto: 6 2001798

- Observação -





Hospital
Universitário

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

EBSERH
HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:	Francisco Nelson Mendes Castro
DATA DA ADMISSÃO:	02/02/18
DATA DE NASCIMENTO:	11/04/1991
IDADE:	26
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:	
PROCEDÊNCIA:	HUT
ESCOLARIDADE:	Superior Incompleta
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Proteção de desfiladeiro do útero (D)
CLÍNICA/ENF./LEITO:	41A
SEXO:	M
ESTADO CIVIL:	Solteiro
RESIDÊNCIA:	Vila dos Reis Delfino
COR (REFERIDA):	

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/PRINCIPAIS QUEIXAS

Do mo MS

2.1 SINAIS VITAIS: P.A. 150x90mmHg T 37,1°C CP 68 Glic Sat PESO: 76

ALTURA 1,74 IMC

2.2 ESCALA DA DOR (1 a 10): 5 (0 = sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa)

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: () HAS (X) DM () Cardiopatias () AVE-H (X) AVE-I () Nefropatias () Neoplasias
() Outros, Especificar: Diabetes

ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças crônicas:

(X) Tratamentos Anteriores / Cirurgias: Não

(X) Medicamentos em uso: Não

(X) Alergia: Não

PRÓTESES: (X) Não () Sim

Possui CARTÃO DE VACINA: () Não () Sim

HÁBITOS: () Tabagismo (X) Etilismo () Outras Drogas, Qual? Alcool de semana

EXAMES ANEXOS: Rix + exames laboratoriais

4. NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: (X) Ar ambiente () Cateter nasal () Macronebulização () Máscara de Venturi
Padrão respiratório: (X) Eupneico () Bradpneico () Taquipneico () Ortopneico () Dispneia () Cheyne-Stokes
Tosse: () Seca () Produtiva [Aspecto da secreção]:

HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia: Pouca

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar:

DIETA: () Jejum (X) Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros
() Náuseas () Vômitos () Hematêmese () Sialorréia () Pirose () Inapetência () Disfagia () Dispepsia

Estado NUTRICIONAL: Adequada

ELIMINAÇÕES: DIURESE: (X) Espontânea () SVD () Cistostomia () Disúria () Oligúria () Anúria () Poliúria
() Polaciúria () Enurese () Retenção () Incontinência () Proteinúria () Glicosúria

ASPECTO da URINA: () Clara (X) Concentrada () Colúria () Hematúria

EVACUAÇÕES: () Normais () Fezes pastosas (X) Diarreia () Melena () Constipação há ____ dia(s)

() Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia 10 de vezes

SONO/REPOUSO: (X) Satisfatório () Insônia () Agitação () Usa medicação, QUAL?

ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios (X) Não () Sim, Qual?

() Astenia () Mialgia

Atividade Motora: (X) Deambula () Deambula com auxílio () Não Deambula () Usa Cadeira de Rodas

HIGIENE: (X) Satisfatória () Regular () Insatisfatória

Cite:

5. NECESSIDADES PSICOPESPIRITUAIS e SOCIAIS

Pratica alguma atividade RELIGIOSA/ESPIRITUAL (X) Não () Sim, Qual?

ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: () Calmo () Agitado () Alegre () Triste (X) Ansioso () Agressivo () Medo

COMUNICAÇÃO: (X) Receptivo ao Diálogo () Não Receptivo ao Diálogo

INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: () Não (X) Sim, Cite

Interação com a família () Não () Sim

LASER: () Não (X) Sim, Qual?



Descrição Cirúrgica		
folha 1/1	Unidade: BLOCO CIRURGICO	Data cirurgia: 08/02/2018
1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	Prontuário: 0430429/1	
Idade: 26 anos 9 meses	Sexo: Masculino	Leito:
Convênio: SUS		
2. EQUIPE		
Equipe: OSVALDO MENDES DE OLIVEIRA FILHO	CRM: 2108	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Auxiliar: JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR	CRM: 6606	
Anestesiista: MARCIA CRISTINA CARDOSO DE OLIVEIRA	CRM: 4226	
Enfermagem: KERCIA VITORIA DE MOURA REGO	COREN: 197479	
3. DIAGNÓSTICO		
ASA: I		
Pré-Operatório	S42.3	FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
Pós-Operatório	S42.3	FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO		
Via aérea:	ASA:	
Avaliação clínica:		
Co-morbidades:		
Exame físico:	CRM:	
Executor da sedação:		
5. CIRURGIAS REALIZADAS		
Início: 08/02/2018 08:40	Fim: 08/02/2018 10:00	Caráter: ELETIVA
Procedimentos - Potencial de contaminação		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO		LIMPA
Técnica Anestésica/Sedação: BLOQUEIO		
Observação:		
6. ACHADOS OPERATÓRIOS		
úmero direito com fratura diafisária segumentar		
Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.		
Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.		
7. DESCRIÇÃO		
1. paciente em ddh sob bloqueio de plexo + sedação		
2. assepsia + antissepsia		
3. campos estéreis		
4. incisões longitudinais de 5 cm proximal e distal em face anterior do braço direito		
5. dissecação por planos		
6. alinhamento da fratura e fixação com placa DCP 4,5 mm estreita de 12 furos, colocando-se 3 parafusos corticais proximalmente e 3 distalmente, com auxílio de fluoroscopia		
7. síntese por planos		
8. curativo		
9. tipoia		
		Dr. João Norival Lima Júnior MÉDICO CRM-Pi: 6606/MA: 9625
08/02/2018 12:45	Dr. JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR CRM 6606	



Hospital
Universitário

Descrição Cirúrgica

Identificação

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

0430429/1

MBCR_DESCR_CIRURGICA 08/02/2018 12:45:08 261013





Hospital
Universitário

41A
15L

EBSERH

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

Nome:	Francisco Kelton Mendes Wells		Prontuário:		
Idade:	26		Gênero:	☒ M ☐ F	
Cirurgia proposta:	Cirurgia de fístula de glicose		Data da Avaliação:	04/02/11	
Cirurgião:	Bruno		Data da Cirurgia:	30/11	
Peso:	76 kg	Altura:	cm	DUM:	
FC:	bpm	PA:	30x80 mmHg	Tax:	°C
ANTECEDENTES FAMILIARES					
Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Coronariopatia ☐ Alergias ☐ Hipertermia Maligna ☐ <i>problema cardíaco</i>					
CARDIOVASC.					
Nenhum ☒ Hipertensão ☐ Arritmia ☐ Sopros ☐ Valvopatia ☐ Angina ☐ Infarto ☐ Insuf. Cardíaca ☐ <i>problema cardíaco</i>					
RESPIRATÓRIO					
Nenhum ☒ Secreção ☐ Tosse ☐ Febre ☐ Dispnéia ☐ Asma ☐ Pneumonia ☐ DPOC ☐					
NEUROLÓGICO					
Nenhum ☒ Ansiedade ☐ Depressão ☐ Cefaléia ☐ Epilepsia ☐ Neuropatias ☐ Déficit ☐ AVC ☐					
METABOLITO					
Nenhum ☒ Diabetes ☐ Perda Ponderal ☐ Obesidade ☐ Tireoidopatia ☐ Gravidez ☐					
DIGESTIVO					
Nenhum ☒ Náusea/vômito ☐ Gastrite/Ulcera ☐ Cirrose ☐ Sangramento ☐ Diarréia ☐					
ORTOPÉDICO					
Nenhum ☐ Hernia de disco ☐ Escoliose ☐ Fratura ☒ Fixação na Coluna ☐ Lombociatalgia ☐					
RENAL					
Nenhum ☒ Infecção ☐ Cálculos ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Insuf renal ☐					
HEMATOLOGIA					
Nenhum ☒ Anemia ☐ Sangramentos ☐ Hemofilia ☐ Transfusões anteriores ☐ Test. de Jeová ☐					
ALERGIAS					
Nenhum ☒ Medicção ☐ Alimentos ☐ Edema Glote ☐ Broncoespasmo ☐ Látex ☐ PCR ☐					
Quais:					
DOENÇAS					
Hepatite (A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ HIV ☐ Tuberculose ☐ Chagas ☐ Outras ☐ Quais:					
VÍCIOS					
Nenhum ☒ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Drogas Ilícitas ☐ Quais:					
CIRURGIAS PRÉVIAS					
Não ☒ Sim ☐ Quais:					
ANESTESIAS ANTERIORES					
Não ☒ Sim ☐ Quais: Raquianestesia ☐ Peridural ☐ Bloqueio Periférico ☐ Geral ☐ Local ☐					
MEDICAÇÕES EM USO					
Não ☒ Sim ☐ Quais: <i>Insulin benzilato etc - 18 ans.</i>					

Estado Geral:	BCE	Mailampatti:	☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV
AC:		Distância tireo-mento:	>6,0cm ☒ <6,0cm ☐
AP:		Distância esterno-mento:	>12,5cm ☒ <12,5cm ☐
Prótese dentária móvel:	Não ☒ Sim ☐	Abertura oral:	>3cm ☒ <3cm ☐
Consentimentos:	Assinados ☒		

Nenhum ☐ Hb:	3,7	Ht:	40	Plaquetas:	234.000	TAR:	87%	INR:	1,01	TTPA:	26	Na:		K:		Ca:		U ₀₂ :	
Cr _{1,0} :	Glicemia																		
ECG:	Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐ <i>noo +</i>																		
Raio-X de tórax:	Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐ <i>noo +</i>																		
ECO:																			
Avaliação de Especialista:																			
P:	☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ E	Jejum a partir de: ___ h																	
CONDUTA:	Apto no momento ☐ Não apto ☐ Aguardo exames ☒																		
ORIENTAÇÃO:	<i>- Jejum de 8h</i> <i>- Realizar ECG e avaliação de cardiologia</i>																		

Dra. Regina Bezerra
MÉDICA
CRM-PI 5920 Médico Anestesiologista



REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS									
EBSERH									
PACIENTE:		PRONTUÁRIO:			SOLICITANTE:				
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DEFRATURA DA DIAFISE DO UMIERO					ANESTESIA: RACIM - GEL				
ITEM	AGHU	MEDICAMENTOS CONTROLADOS	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	OUTROS MEDICAMENTOS	QUANT	CONS
282012		CETAMITA 50 mg/ml - Amp. 2 ml	01	01	14826		DIPIRONA 1 g 2 mL	02	
14864		DIAZEPAM 5 mg/ml	01		13250		EFEDRINA 50 mg/ml	01	
154431		DRUGERIDOL 2.5 mg/ml - 1 x	01		288989		ETILEFRINA 10MG/ML - INJETAVEL	02	
285158		ETOMIDATO Amp/ml	01		15180		FUROSEMIDA 10 mg/ml	01	
290647		FENTANILA 50 mcg/ml - 2 mL (FAGUI)	01	01	15482		HIDROCORTISONA 500 mg Fr - Amp	01	
290384		FENTANILA 50 mcg/ml - 10 mL	01		290587		LEVOBUPIVACAÍNA CLORIDRATO 0.5% C/EPINEFRINA 20ML	01	
17272		MIDAZOLAM AMP- 5 mg/ml - 2 mL	01	01	290324		LEVOBUPIVACAÍNA CLORIDRATO 0.5% S/VAZO 20 ML	01	
282483		MORFINA 0.2 mg/ml - 10ml Extra (FAGUI)	01		218495		LIDOCAÍNA 2% SEM VAZO 5 mL	01	
401092		PARÉCOXIBE 40MG/10 ML (BEXTRA)	01	01	18330		LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 20 ML F/AMP	01	
138983		PROPOFOL 10 mg/ml - 20 mL (CELADEIRA)	02		401385		METARAMINOL 10 mg/mL	01	
288796		REMIFENTANILA 2mg	01		18101		METOCLOPRAMIDA 5 mg/mL	01	
275024		SEVOFLURANO F/RASCO 100 ML	01		17346		NEOSTIGMINA 0.5 mg/mL - Amp. 1ml	04	
290339		SUFENTANILA 5 mcg/mL - 10 ML (STINIVAL)	01		201790		OMEPRAZOL 40 mg	01	
290344		TRAMADOL 50mg/mL - 2ml	01		144495		RANITIDINA 50 mg - Amp. 2 mL	01	
OUTROS MEDICAMENTOS									
NA FARMÁCIA									
290312		ADRENALINA 1 mg/ml - 1 mL (F/EPINEFRINA)	01		174803		CIPROFLOXACINO 250MG/100 ML BOLSA		
17205		ATRACURIO 10 MG/ML 2.5 ML	01		278408		DEXMEDETOMEDINA 100 mcg/ML (PRECEDEX)		
13882		ATROPINA 0.25 mg - Amp. 1 mL	01		290318		FLUMAZENIL 0.1mg/mL		
288949		BIMOPRIDONA 50MG/ML - AMP. 0.1 A 2ML	02	01	15431		HEPARINA 5000U/ML FRA 5ML		
290726		BUPIVACAÍNA + GLUCOSE AMP. 1ML (P/SALINA)	01		18488		LIDOCAÍNA 2% 20 MG/ML 20 ML F/AMP		
235342		BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA 0.5% 4 ML	01		12777		METRONIDAZOL 500MG/100ML BOLSA		
248881		CEFAZOLINA 1G FRA	02	02	290680		MORFINA 10 MG/ML AMP 1ML		
400190		CIBATRACURIO BLS/ATO 100 MG/100 ML INJETAVEL	01		109810		MORFINA 1MG/ML AMP 2ML ESTÉRIL		
271412		CLORIDINA 150 MG/ML AMP 100 MG	01		118248		NALOXONA 0.4 mg		
401039		CLORETO DE SUXAMÍONIO 10 mg - 1 Amp	01		290658		ONDANSETRONA 8MG/4ML		
290988		GETOPROFENO 100MG/100 ML INJETAVEL	01		290341		SUFENTANILA CITRATO 50 MC/ML COM 1 ML		
14875		DEXAMETASONA 10 mg/ml - 10 mL	01	01					

REQUISIÇÃO DE MATERIAL									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUAN	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUAN	CONS
46		AGULHA 25 x 8	04	02	64	3662	JELCO (CATETER) Nº 18	02	
47		AGULHA 30 x 8	04		66	3670	JELCO (CATETER) Nº 20	02	
48	2879	AGULHA 40X12	04	02	68	3689	JELCO (CATETER) Nº 22	02	
	2807	AGULHA 13X4.5	04		67	290621	POLIFIX 2 VIAS	01	
50	290553	AGULHA 25G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01	02	68	2291	SERINGAS 1 mL	01	
51	290554	AGULHA 28G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01		69	290639	SERINGAS 5 mL	04	
52	290944	AGULHA 27G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01		70	290638	SERINGAS 10 mL LUER LOK	04	
53	291184	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01		71	192937	SERINGAS 20 mL LUER LOK	02	
54	223283	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01		72	2283	SERINGAS 20 mL LUER SLIP	02	
55	400957	CATETER PERIDURAL 18 G	01		73	400597	SERINGA 60 mL LUER SLIP	01	
56	400958	CATETER PERIDURAL 16 G	01		74	19	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 14	01	
57	3484	CATETER NASAL TIPO OCULOS	01		75	290580	SONDA NASOGÁSTRICA 18	01	
58	290380	EQUIPO MACROGOTAS	02	01	76	290563	SONDA NASOGÁSTRICA 20	01	
59	290692	EQUIPO DE BOMBA	01		77	291074	TORNEIRINHA 3 VIAS	01	
60	89249	ELETRODOS	05		78	290373	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7.0	01	
61	400549	EXTENSOR EM PVC ALTA PRESSÃO 50CM	01		79	290374	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7.5	01	
62	400537	FILTRO BACTERIOLOGICO	01		80	290375	TUBO ENDOTRAQUEAL 8.0	01	
63	3646	JELCO (CATETER) Nº 16	02		81	290376	TUBO ENDOTRAQUEAL 8.5	01	

SOLUCOES									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS
	290299	CLORETO DE SÓDIO 0.9% 100mL	02			191973	RINGER - LACTATO 500mL	05	
	290301	CLORETO DE SÓDIO 0.9% 500mL	04			253812	ÁGUA DESTILADA 10 mL	04	





Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

USP

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

DATA: 08/02/18 Posto: Enfermaria: Leito:

Paciente: Francisco Wilson Mendes Calhaz Prontuário: 436429/1
Cirurgia: Amputação cirúrgica de fratura diafise direita do
Anestesia: Bloqueio plexo braquial Anestesista: Maria Cristina C. Oliveira
Alergia à drogas: (X) Não () Sim. Quais? -

Maria Cristina C. Oliveira
Anestesiologista
CRM-PI 4226

Necessidade de RPA: (X) Sim () Não Assinatura anestesista:

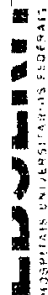
OBSERVAÇÕES:

Hora	Horário
01 Montagem	
02 O ₂ 2L/min sob cateter nasal se SpO ₂ < 92%	

Controles								
	Sim	Não	Local		Sim	Não	Local	
Monitorização cardíaca				Dreno de penrose				
Oximetria				Dreno de tórax				
Oxigenoterapia l/min				Dreno de sucção				
Punção venosa Periférica				Dreno de kher				
Punção Venosa Central				Dreno mediastinal				
Sonda Nasogástrica				Colostomia				
Sonda Nasoenteral				Gastrostomia				
Curativo Cirúrgico				Outros:				
Sonda Vesical de Demora								

Líquidos administrados						Líquidos eliminados					
Tipo						Tipo					
Hora						Hora					
Total						Total					







MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

EBSERH

RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DAS CAIXAS CIRÚRGICAS

PACIENTE: Flo Kelson Mendes Geller

PRONTUÁRIO: 430429/1

DATA DA CIRURGIA: 03/05/19

CIRURGIÃO: Dr. Conzatti

CIRCULANTE: João Victor

SALA: 01

CIRURGIA REALIZADA: T4 carcinoma de cabeça de membro

CAIXA Nº 1 - PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

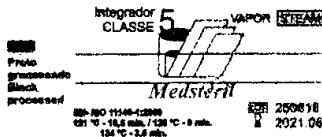
CAIXA Nº 1 - PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave
Esterilização: 06/02/19 Vencimento: 06/02/19
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): João Victor

Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: () 1 () 2 () 3 () 4
Esterilização: 07/02/19 Vencimento: 07/02/19
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): João Victor

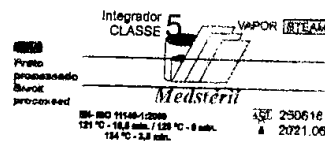
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: () 1 () 2 () 3 () 4
Esterilização: 07/02/19 Vencimento: 07/02/19
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): João Victor

Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: () 1 () 2 () 3 () 4
Esterilização: 06/02/19 Vencimento: 06/02/19
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): João Victor

Medstéril



Medstéril





Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA

115311

BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente: Frederico Wilson Mendes Coelho Pront.: 430429/1 Enf: Leito: DN: 1
Cirurgião: Dr. Osvaldo Diagnóstico pré-operatório: Fratura de fêmur direito
Cirurgia realizada: Contorno cirúrgico da fratura de fêmur direito
Condições pré-operatórias: sem avaliação pré-anestésica
Exames Clínicos: sem Risco (Asa): T

Agentes Anestésicos	Oxigênio	Sequência
1	1	A. Pré-anestesia
2	2	B. Anestesia por
3	3	- intubação
Líquido	Soluto 600	C. Monitoragem
	400	cardíaca
	Sangue	D. Solução com
	300	antidoto
	200	E. Anestesia em
	Outros 100	profundidade
Capnógrafo	CEC 260	F. Bloqueio por
■	240	intubação
Arterial	38	G. Anestesia em
∇	220	profundidade
∧	200	H. Anestesia em
Pulso	36	profundidade
	160	I. Anestesia em
	150	profundidade
Início Fim	34	J. Anestesia em
Anestesia	140	profundidade
x	120	K. Anestesia em
	100	profundidade
Início Fim	32	L. Anestesia em
Cirurgia	80	profundidade
●	60	M. Anestesia em
	40	profundidade
Oximetria	30	N. Anestesia em
○	20	profundidade
	10	O. Anestesia em
Diurese		P. Anestesia em

Acidente - Incidente: sem
Justificativas: sem
Anestésica: Bloqueio plexo braquial

Oxigênio	Paciente Transfundido	Monitorização
Início: <u>7:45h</u>	GS <u>sem</u>	☒ ECG ☒ Oxímetro ☐ Capnógrafo
Término: <u>10:10h</u>	RH <u>sem</u> Vol: <u>sem</u>	☐ PAM ☒ PANI ☐ PVC

Doses Utilizadas

Adrenalina <u>sem</u> Amp	Droperidol <u>sem</u> Amp	Ondasentrona <u>sem</u> Amp
Atropina <u>sem</u> Amp	Etilefrina <u>sem</u> Amp	Omeprazol <u>sem</u> Fr
Atracúrio <u>sem</u> Amp	Fenilefrina <u>sem</u> Amp	Pancurônio <u>sem</u> Amp
Água dest. 10 <u>sem</u> Fr	Fentanil <u>01</u> Amp	Propofol <u>sem</u> Amp
Bic. de sódio <u>sem</u> Fr	Furosemida <u>sem</u> Amp	Ranitidina <u>sem</u> Amp
Bupivacaína 0,5% <u>sem</u> Amp	Glicose 50% <u>sem</u> Amp	Sevoflurano <u>01</u> Fr
Cefazolina <u>sem</u> Fr	Hidrocortizona <u>sem</u> Fr	Suxametônio <u>sem</u> Amp
Cetamina <u>01</u> Amp	Isoflurano <u>sem</u> Fr	Sufentanil <u>sem</u> Fr
Cetoprofeno <u>sem</u> Fr	Lidocaína 2% <u>01 cl/sem</u> Amp	Soro Glicosado <u>sem</u> Amp
Clonidina <u>sem</u> Amp	Midazolam <u>01</u> Amp	Soro fisiológico <u>sem</u> Amp
Dexametazona <u>01</u> Amp	Morfina <u>sem</u> Amp	S. Ringer lactato <u>01</u> Fr
Diazepam <u>sem</u> Amp	Naloxona <u>sem</u> Amp	Tramadol <u>sem</u> Amp
Dipirona <u>02</u> Amp	Neostigmina <u>sem</u> Amp	

Data: 08/02/18

Novembro 9,5% de uso - 1 fr
Anestesiologista
Marcelo Cristino C. Oliveira
Anestesiologista





Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NACIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
João Victor Serpa do Nascimento Delgado	666886	26/04/1999		234	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
Gravidez 2020					
DATA: 07/04/2020	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
Doença			Elaine Araújo Torres		
1) Febre			Enfermeira		
2) Tosse			COREN-PI 458.055		
3) Dor de garganta					
4) Dor de cabeça					
5) Dor de barriga					
6) Dor de ossos					
7) Dor de olhos					
8) Dor de ouvidos					
9) Dor de nariz					
10) Dor de boca					
11) Dor de dentes					
12) Dor de pele					
13) Dor de cabelo					
14) Dor de unhas					
15) Dor de olhos					
16) Dor de ouvidos					
17) Dor de nariz					
18) Dor de boca					
19) Dor de dentes					
20) Dor de pele					
21) Dor de cabelo					
22) Dor de unhas					
23) Dor de olhos					
24) Dor de ouvidos					
25) Dor de nariz					
26) Dor de boca					
27) Dor de dentes					
28) Dor de pele					
29) Dor de cabelo					
30) Dor de unhas					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



Hospital
Universitário

EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TERESINA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROCEDIMENTOS CIRURGICOS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		
Nº DO PRONTUÁRIO 4304291	ENFERMARIA/LEITO	IDADE 28 Anos
ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) RUA NOSSA SENHORA DAGUIA, 3281, VILA IRMA DULCE		
CPF 3359054393	RG 2768736	TELEFONE DE CONTATO (86) 998318321 / (86)
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (No caso do paciente legalmente Incapaz)		
NOME DO RESPONSÁVEL O MESMO		
ENDEREÇO TERESINA		TELEFONE DE CONTATO

Considerando o art.59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, fica devidamente **AUTORIZADO** o médico CRM: _____ e os demais médicos vinculados à assistência, a realizar

o seguinte(s) procedimento(s) cirúrgicos:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020393
CLÍNICA Cirurgia	Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 99434393353
DATA DA SOLICITAÇÃO 02/02/2018	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	

O (s) procedimento (s) propostos foram devidamente explicados quanto aos benefícios, riscos, complicações e alternativas de tratamento possíveis. Houve a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia

Para a realização do (s) procedimento (s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais, e ainda a transfusão de sangue.

Poderão ocorrer, além dos efeitos anestésicos, complicações cardiovasculares, respiratórias e gastrointestinais, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Nessas situações a equipe médica fica autorizada a realizar outros procedimentos, exames ou tratamentos que possam ser necessários para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente poderá ser encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico ou tratamento.

do sido explicado pela equipe médica, inclusive quanto à possibilidade de revogação desse termo, certifico o entendimento e autorizo a realização do procedimento (s) proposto (s).

Teresina, ____/____/____, às ____ horas e ____ minutos
() PACIENTE () RESPONSÁVEL

Assinatura do paciente ou responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei o(s) procedimento(s), exame(s), tratamento(s) e/ou cirurgia(s) ao paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos.

NOME DO MÉDICO _____ CRM DO MÉDICO _____

Dr. Lafayette Macedo
Médico
CRM-PI 6474

Assinatura do Médico

Circunstâncias de Emergência/Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido":

Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente e/ou responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado.

OBRIGATORIAS AS ASSINATURAS DE DOIS MÉDICOS NESTE CAMPO:

Assinatura do MÉDICO A / Nº CRM	Assinatura do MÉDICO B / Nº CRM
---------------------------------	---------------------------------

1ª via: Hospital (no prontuário) / 2ª via: Paciente
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella Bairro Ininga Teresina - PI - CEP: 64.049-550 - Fone (86) 3228-5268/3228-5310



PA1

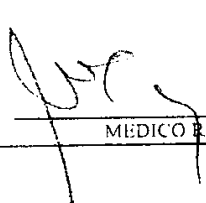
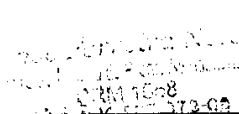
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 126101868	Nº DA REGULAÇÃO: 14553
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - 4861 3229-4321	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITARIO HU	
LEITO: ORTOPE/DIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	
PACIENTE: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	NASCIMENTO: 11/04/1998

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: "ACIDENTE DE MOTO" TRAUMA EM MSD. FRATURA EM DIAFISE DE UMEROS (D).			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: RX DE OMBRO D: FRATURA EM DIAFISE DE UMEROS (D).			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATORIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: IMOBILIZAÇÃO			

(*): É importante que seja anexada a última prescrição e os exames realizados para melhor continuidade do tratamento.

DATA: 02/02/2018 12:37:07
  MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





Paciente: 3500
Unidade Assistencial:

304291 Ent/Leitor: 4875
Mês: dezembro / 2013

Especialidade:

Mês:

ESCALA DE BRADEN

[illegible]

Risco Muito Alto (RMA): ≤ 9 pontos

Risco Alto (RA): 10 a 12 pontos

Risco Moderado (RM): 13 a 14 pontos

Risco Baixo (RB): 15 a 18 pontos



Hospital
Universitário

UNIDADE CARDIOVASCULAR

Idade: 26 anos
Leito: 414

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

NOME: Francisco Kelson Medeiros Coelho DATA: 05/07/18

CIRURGIA PROPOSTA: Fator Único TIPO DE ANESTESIA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

- () HAS () Angioplastia com stent há _____
() Diabetes mellitus () AVC prévio
() Tabagismo () Cirurgias _____
() IAM prévio () Alergia a medicamentos _____
() Revascularização do miocárdio há _____ (X) Outros: Fome normal

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

(X) Assintomático () Angina (CCS) I II III IV () Insuficiência cardíaca CF (NYHA) I II III IV

MEDICAÇÕES EM USO: _____

EXAME FÍSICO:

FC: 75 bpm PA: 130x80 mmHg AC: ACA, BNA, SS AP: MV, MIA, P

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG: (X) normal () alterado _____

RX de tórax: (X) normal () alterado _____

Ecocardiograma: EC: 64% dentro das limites da normalidade

Outros: _____

Hb: 12,7 Hto: 40,2 Pla: 234 INR: _____ TTPA: _____ Na: _____ K: _____ Ur: 27 Cr: 1,2 Glic: _____ TGO: _____ pCO2: _____ pO2: _____

ALGORITMO DO AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (ACP):

- () IAM < 6 meses (10 pontos) () Ritmo não-sinusal ou com EEAA (5 pontos)
() IAM > 6 meses (5 pontos) () > 5 ECVV no ECG (5 pontos)
() Angina Classe III (10 pontos) () pO2 < 60, pCO2 > 50, K < 3, Ur > 50, Cr > 3,0 ou restrito ao leito (5 pontos)
() Angina Classe IV (20 pontos) () Idade > 70 anos (5 pontos)
() EAP na última semana (10 pontos) () Cirurgia de emergência (10 pontos)
() EAP alguma vez na vida (5 pontos)
() Suspeita de EAO crítica (20 pontos)

Se 0-15 pontos, avaliar número de variáveis de Eagle e Vanzetto para discriminar os riscos baixo e intermediário.

- () Idade > 70 anos () História de ICC
() História de angina () História de IAM
() DM () Alterações isquêmicas do ST
() Ondas Q no ECG () HAS com HVE importante

(X) Baixo risco (0-3 variáveis)
() Risco intermediário (4-6 variáveis)
() Alto risco (7-9 variáveis)

ALGORITMO DE LEE

- () Operação intraperitoneal, intratorácica ou vascular suprainguinal
() História de doença arterial coronariana
() História de insuficiência cardíaca
() História de doença cerebrovascular
() Diabetes mellitus com insulino-terapia
() Creatinina pré-operatória > 2,0mg/dL

Classificação do risco (%) de complicações cardíacas maiores

- (X) I (0,4%) Nenhuma variável (Muito baixo)
() II (0,9%) 1 variável (Baixo)
() III (6,6%) 2 variáveis (Moderado)
() IV (11%) ≥ 3 variáveis (Alto)

CONDUTA: baixo risco para o procedimento

proprio segundo leia e ACP
Assinatura/carimbo

Assinatura/Carimbo
MIGUEL MEDIC
2018-07-17



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

Francisco Kelsen Almeida
Coelho - 41A

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir o tipo de 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 jaleco nº 20 ou menor que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa com soro fisiológico a 0,9%
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer o 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
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico em enfermagem, 30 minutos antes do horário agendado para o procedimento

P.A: 140 X 80 mmHg
F.C: 58 bpm
F.E: 16
T: 36,5°C

Data: 08 de fevereiro de 2018

Enfermeiro responsável: _____

Pablo Henrique Silva Malta
Enfermeiro
CORP-1234567



Antimicrobiano solicitado						Uso exclusivo da CCIH						
☐ Início de tratamento ☐ Mudança de esquema	☐ Renovação da solicitação ☐ Alteração de Posologia:					Autorização	Alteração	Dose	Intervalo	Via	Dias	
Cefalotina	1g	6h	IV		2	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não					
						☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não					
						☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não					
						☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não					
Justificativa do médico						Justificativa / Sugestão da CCIH						
Profilaxia Cirúrgica												
Dr. João Norival Lima Júnior MÉDICO CRM-PI: 8606/MA: 9625												
Assinatura/carimbo do prescriptor					Data	Assinatura/carimbo da CCIH					Data	
Uso exclusivo da Farmácia:												
Assinatura/carimbo										Data		

Ficha de Solicitação de Antimicrobiano

Paciente	Francisco Nelson Mendes Filho		Data nascimento	11/04/11	Idade	26	Sexo	☐ Fem ☒ Mas
Prontuário nº	Data admissão	Clinica / Posto / Enfermaria / Leito					Data infecção	
4334291	/ /	41A					/ /	
Diagnóstico(s) de Base (CID): Fratura de omoplom humeral								

Indicação do antibiótico		☐ Terapêutica		☒ Profilaxia cirúrgica		☐ Profilaxia não cirúrgica	
Peso:		Creatinina:		Função hepática:		☐ Normal ☐ Alterada	
Fatores de risco		☐ Esteve em UTI		☐ Realizou cirurgia		☐ Uso prévio de antibióticos	
Tempo/Uso de Antibióticos							
Foco da Infecção:		☐ Comunitária			☐ Hospitalar		
☐ ITU		☐ Pneumonia		☐ Sítio Cirúrgico		☐ Corrente Sanguínea	
☐ Assintomática ☐ Sintomática ☐ Outras		Rx tórax/TC		☐ Incisional ☐ Órgão/espaco ☐ Profunda		☐ Laboratorial ☐ Clínica	
☐ Cateter urinário (SVD) ☐ Outra instrumentação		☐ Definido ☐ Possível ☐ Negativo ☐ Não feito ☐ Respirador		☐ Local sítio cirúrgico: _____		☐ Cateter central ☐ Cateter periférico ☐ NPT ☐ Hemodiálise	
						Local principal: _____ Local específico (CID): _____	
						☐ Procedimento/ Instrumentação invasiva	

Culturas realizadas			
Data	Material	Microorganismo	Sensibilidade
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Antimicrobiano solicitado					Uso exclusivo da CCIH						
☐ Início de tratamento ☐ Mudança de esquema		☐ Renovação da solicitação ☐ Alteração de Posologia									
Antimicrobiano	Dose	Intervalo	Via	Dias	Autorização	Alteração	Dose	Intervalo	Via	Dias	
Ceftriaxona	1g	6/6h	IV	2	☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não					
Justificativa do médico					Justificativa / Sugestão da CCIH						
Prescrição Cirúrgica											
Dr. João Norival Lima Júnior MÉDICO CRM-PI: 6606 / MA: 9625											
Assinatura/carimbo do prescritor					Assinatura/carimbo da CCIH					Data	
Uso exclusivo da Farmácia:											
					Assinatura/carimbo					Data	

Legenda: ITU – Infecção do trato urinário; NPT – Nutrição parenteral; SNC – Sistema Nervoso Central; CID – Código Internacional de Doença;





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : WILSON PASSINHO PESSOA
Id, Sx : 74a , M
Pedido: 3914747
Médico: SEM SOLICITANTE
Emissão: 02/02/2018 às 15:23

Fl. 3/3
Registro: 1477814
Clínica: UTIN
Origem: HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 26/01/2018 às 00:01

Gerado em 16/01/2018 às 00h 30min

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGAMA

Hemácias 4.52 milhões/mm3
Hemoglobina 13.8 g/dL
Hematócrito 40.8 %
V.C.M. 90.3 fL
H.C.M. 30.5 uug
C.H.C.M. 33.8 g/dL
R.D.W. 13.6 %
Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias 4,50 a 6,50 milhões/mm3
Hemoglobina 13,80 a 18,00 g/dL
Hematócrito 40,00 a 54,00 %
V.C.M. 90,00 a 100,00 fL
H.C.M. 27,00 a 32,00 uug
C.H.C.M. 32,00 a 36,00 g/dL
R.D.W. 11,00 a 14,00 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos 17800 mm3
Neutrófilos 15486 mm3 87.0 %
Segmentados 15130 mm3 85.0 %
Bastões 356 mm3 2 %
Metamielócitos 0 mm3 0.0 %
Mielócitos 0 mm3 0.0 %
Promielócitos 0 mm3 0.0 %
Eosinófilos 356 mm3 2.0 %
Basófilos 0 mm3 0.0 %
Linfócitos 1424 mm3 8.0 %
Monócitos 534 mm3 3.0 %
Observações
LEUCOCITOSE

VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos 4.000 a 10.000/mm3
Neutrófilos 40 a 80 %
Segmentados 40 a 80 %
Bastões 0 a 5 %
Metamielócitos 0 a 5 %
Mielócitos 0 a 5 %
Promielócitos 0 a 5 %
Eosinófilos 0 a 5 %
Basófilos 0 a 5 %
Linfócitos 20 a 40 %
Monócitos 2 a 10 %

Contagem de PLAQUETAS 459000 mm3
Observações
PRESENÇA DE GRUMOS PLAQUETÁRIOS

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm3

Método: Automação
Material: SANGUE TOTAL

Liberado por Mariana Oliveira Santos - CRM 15443





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : **WILSON PASSINHO PESSOA**
Id, Sx : 74a , M
Pedido: 3914747
Médico: SEM SOLICITANTE
Emissão: 02/02/2018 às 15:23

Fl. 2/3
Registro: 1127813

Clinica: UTIN
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT

Cadastro: 26/01/2018 às 00:01

Coletado em 26/01/2018 às 00h 30min

Liberado em 26/01/2018 às 00h 30min

SÓDIO

RESULTADO: 140.4 mmol/L
Método: Seletivo
Material: SORO

VALORES DE REFERÊNCIA: 135 - 145 mmol/L

Liberado por: Conceição de Maria Andrade Bastos - CRP 1127813

Data
Sódio

25/01/2018 10:39
144.0

01/10/2017 20:57
141.1

Coletado em 26/01/2018 às 00h 30min

Liberado em 26/01/2018 às 00h 30min

POTÁSSIO

RESULTADO: 4.07 mmol/L
Método: Seletivo
Material: SORO

VALOR DE REFERÊNCIA: 3.5 - 5.0 mmol/L

Liberado por: Conceição de Maria Andrade Bastos - CRP 1127813

Data
Potássio

25/01/2018 10:39
3.74

01/10/2017 20:57
3.86

Coletado em 26/01/2018 às 00h 30min

Liberado em 26/01/2018 às 00h 30min

MAGNÉSIO

RESULTADO: 2.09 mg/dL
Método: Colorimétrico
Material: SORO

VALOR DE REFERÊNCIA: 1.7 - 2.3 mg/dL

Liberado por: Conceição de Maria Andrade Bastos - CRP 1127813

Data
Magnésio

25/01/2018 10:39
2.12





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247.

Fl. 1/3

Nome : **WILSON PASSINHO PESSOA**
Id, Sx : 74a , M
Pedido: 3914747
Médico: SEM SOLICITANTE
Emissão: 02/02/2018 às 15:23

Registro: 11070813

Clinica: UTIN
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT

Cadastro: 26/01/2018 às 00:01

Coletado em 26/01/2018 às 09h 30min

Liberado em 02/02/2018 às 15h 23min

URÉIA

RESULTADO: 103 mg/dL
Método: Automação
Material: SORO

VALOR DE REFERÊNCIA: 15 a 40 mg/dL

Liberado por: Conceição de Maria Andrade Bastos - CRF-
PI- 40

Data	25/01/2018 10:39	01/10/2017 20:57
Uréia	77	42

Coletado em 26/01/2018 às 09h 30min

Liberado em 02/02/2018 às 15h 23min

CREATININA

RESULTADO: 1.7 mg/dL
Método: Automação
Material: SORO

VALORES DE REFERÊNCIA:
Homens : até 1,3 mg/dL
Mulheres: até 1,1 mg/dL

Liberado por: Conceição de Maria Andrade Bastos - CRF-
PI- 40

Data	25/01/2018 10:39	01/10/2017 20:57
reatinina	1.6	1.0

Coletado em 26/01/2018 às 09h 30min

Liberado em 02/02/2018 às 15h 23min

CÁLCIO IONIZADO

RESULTADO: 1.147 mmol/L
Método: Ion Seletivo
Material: SORO

VALOR DE REFERÊNCIA: 1,1 a 1,3 mmol/L

Liberado por: Conceição de Maria Andrade Bastos - CRF-
PI- 40

Data	25/01/2018 10:39	01/10/2017 20:57
CAIO	1.190	1.168





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Rev. 1/1

Nome : FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Registro: 1133 e 46

Id, Sx : 26a , M

Clinica: P01

Pedido: 3926400

Origem : HUT-HUT

Médico: SEM SOLICITANTE

Destino: HUT

Emissão: 02/02/2018 às 15:26

Cadastro: 02/02/2018 às 11:00

Coletado em 02/02/2018 às 11h 00min

Liberado em 02/02/2018 às 11h 00min

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGRAMA

Hemácias 4.93 milhões/mm³
Hemoglobina 14.9 g/dL
Hematócrito 43.2 %
V.C.M. 87.6 fL
H.C.M. 30.2 uug
C.H.C.M. 34.5 g/dL
R.D.W. 12.7 %
Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias 4,0 a 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina 13,0 a 19,0 g/dL
Hematócrito 40,0 a 54,0 %
V.C.M. 82,0 a 102,0 fL
H.C.M. 27,0 a 34,0 uug
C.H.C.M. 32,0 a 36,0 g/dL
R.D.W. 11,6 a 14,8 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos 11100 mm³
Neutrófilos 9435 mm³ 85.0 %
Segmentados 9324 mm³ 84.0 %
Bastões 111 mm³ 1 %
Metamielócitos 0 mm³ 0.0 %
Mielócitos 0 mm³ 0.0 %
Promielócitos 0 mm³ 0.0 %
Eosinófilos 0 mm³ 0.0 %
Basófilos 0 mm³ 0.0 %
Linfócitos 1332 mm³ 12.0 %
Monócitos 333 mm³ 3.0 %
Observações
NEUTROFILIA
ALGUNS NEUTROFILOS COM GRANULAÇÕES TÓXICAS FINAS

VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos 4.000 a 11.000/mm³
Neutrófilos 40 a 70 %
Segmentados 40 a 70 %
Bastões 0 a 5 %
Metamielócitos 0 a 5 %
Mielócitos 0 a 5 %
Promielócitos 0 a 5 %
Eosinófilos 0 a 5 %
Basófilos 0 a 5 %
Linfócitos 1.000 a 4.000/mm³
Monócitos 0 a 1.000/mm³

Contagem de PLAQUETAS 323000 mm³
Observações

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm³

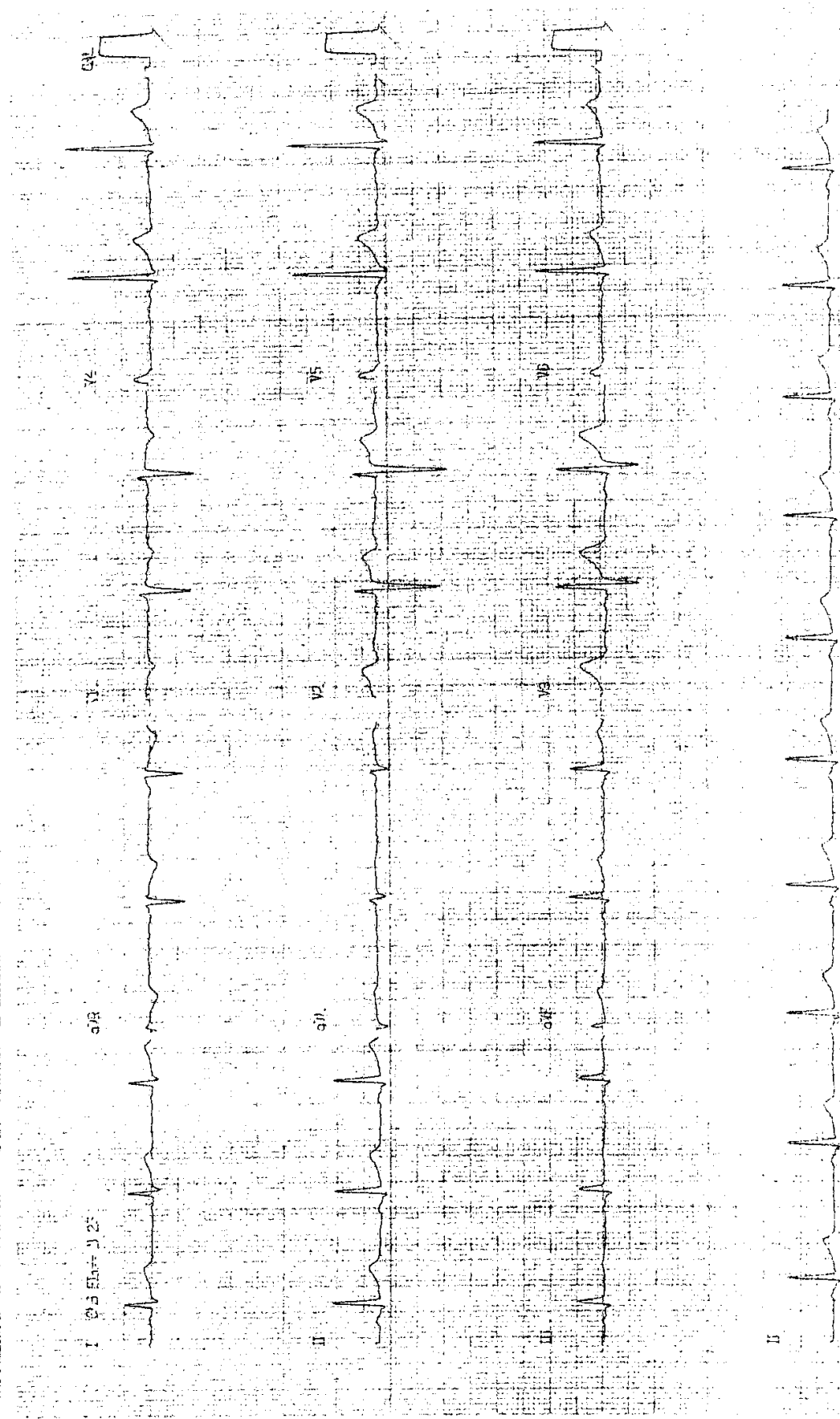
Método: Automação
Material: SANGUE TOTAL

R. C. A.

Liberado por: Rafael de Castro Andrade (Cirurgião) - CRM 1133 e 46



41A - Francisco Xelton, M. Coelho
 data: 08/02/18 26cm07.



ERGER

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

U

U

Hospital
Universitário

Nome do Paciente				Número do Exame		Data de Realização	
FRANCISCO KELSOM MENDES CORREIA				4-01398		26/04/2018	
Nascimento		Idade	Sexo	RG	Nome da Mãe		
11/04/1991		26	Masculino	2768725	BENEDITA MENDES DE CORREIA		
Profissional Solicitante				Assinatura		Carimbo	
JOAO HORIVAL LIMA JUNIOR				[Assinatura]		[Carimbo]	

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

Informações Clínicas:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: Kg Altura: Cm SupCorpo: m

MEDIDAS ECOCARDIOGRÁFICAS

Valores de Referência:

Diâmetro da Aorta.....	3,0	Cm	(2,0 a 3,7)
Diâmetro do Átrio Esquerdo.....	3,3	Cm	(1,9 a 4,0)
VE - Diâmetro Diastólico Final.....	4,5	Cm	(3,5 a 5,6)
VE - Diâmetro Sistólico Final.....	3,0	Cm	(2,6 a 3,9)
Espessura Diastólica de Septo.....	1,0	Cm	(0,6 a 1,1)
Espessura Diastólica da Parede Posterior..	1,0	Cm	(0,6 a 1,1)
Fração de Ejeção(Teichholz).....	64	%	(> 55)
Volume VE Diastólico Final.....	97,3	ml	(51 a 154)
Volume VE Sistólico Final.....	35,0	ml	(25 a 66)
Massa do Ventrículo Esquerdo.....	184,2	g	(até 215)
Massa / Superfície Corporal.....		g/m²	

***** CONTINUA *****
(Folha 1 de 2)

Profissional	
Nome	R. Profissional
NEWTON NUNES DE LIMA FILHO	CPM 2419
Data	
05/02/2018	
Assinatura	
[Assinatura]	

Impressão somente para visualização. Não pode ser validada



EBSER

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Hospital
Universitário

Nome do Paciente				Nome do Médico	
FRANCISCO KELSON MENDES COELHO				JOÃO VICTOR SERPA DO NASCIMENTO DELGADO	
Nascimento	Idade	Sexo	RG-CPF	Nome da Mãe	
11/04/1991	26	Masculino	2768736	BENEDITA MENDES DE COELHO	
Profissional Solicitante				Assinatura	
JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR				[Assinatura]	

LAUDO DESCRITIVO

COMENTÁRIOS :

Atividades cardíacas e espessura miocárdica com dimensões normais.
Ventrículo esquerdo com função sistólica global normal, sem alteração da contração segmentar.
Função diastólica normal.
Ventrículo direito com função sistólica normal (análise subjetiva).
Vias de saída dos ventrículos sem obstruções.
Valvas com textura e abertura normais.
Arco aórtico e artéria pulmonar com diâmetros normais.
Pericárdio normal.

CONCLUSÃO:

EXAME DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.

Médico Executor: DR. NEWTON NUNES DE LIMA FILHO - CRM 2419 PI

***** FIM *****

(Folha 2 de 2)

Profissional:	
Nome	Nº Conselho
NEWTON NUNES DE LIMA FILHO	CRM 2419
Data	
05/02/2018	
Assinatura	
[Assinatura]	

Expressão somente para visualização. Não pode ser validada





Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	PRONTUARIO: 430429/1
DATA: 10/02/2018	HORÁRIO: 10:30 CLÍNICA: P4 ENF/LEITO: 41 A

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ALTA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) DESORIENTADO () TORPOROSO ()
RESPOSTA MOTORA: (X) SEM DÉFICIT MOTOR () COM DÉFICIT MOTOR () PLEGIA
RESPOSTA VERBAL FÁSICA (X) DISÁRTRICO () AFÁSICO ()

2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA

IDE RECEITUÁRIO (PACO, FLANCOX E CEFLEXINA)

3. DISPOSITIVO EM USO	SIM	NÃO
CURATIVO	X	
CATETER DE DUPLO LUMEN		X
SONDA VESICAL DE DEMORA		X
SONDA VESICAL DE ALÍVIO		X
DRENO		X
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO		X
SONDA ENTERAL/ NASOGÁSTRICA		X
COLOSTOMIA		X
OUTRO. ESPECIFIQUE:		

4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA:

RETORNO AO AMBULATÓRIO COM 15 DIAS COM DR. OSVALDO. USO DA TIPÓIA POR 30 DIAS. RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS AQUI NO HU OU POSTO DE SAÚDE.

5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: GRAU I (X) GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()

6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: AMBULATÓRIO DO HU

*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA

GRAU I

- *DEAMBULA SEM AUXÍLIO:
- *TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO
- *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
- *ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO

GRAU II

- *NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO:
- *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
- *QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO:
- *ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO:
- *PRESENÇA DE SVD, SNG, CURATIVOS E OUTROS:
- *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE ROTINA:

GRAU III

- *NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO
- *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS COMPLEXOS:
- *ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO:
- *OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE:

GRAU IV

- *ACAMADO NO LEITO
- *HIGIENE NO LEITO:
- *ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL:
- *REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA:
- *COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:
- *INCONSCIENTES OU COM DEVIÓ NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO



Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Kelson Mendes Coelho
Idade: 26 anos 9 meses
Data internação: 02/02/2018
Convênio: Sus
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura
Divisão de Gestão do Cuidado

Prontuário: 430429/1
Leito: 0041A
Permanência: 8 dias

Sexo: Masculino
Data Alta: 10/02/2018

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura da diáfise do úmero (S42.3)

Diagnóstico principal na Alta

Fratura da diáfise do úmero (S42.3)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas

08/02/2018 Tratamento cirurgico de fratura da diafise do umero

Consultorias

05/02/2018 CARDIOLOGIA

4. EVOLUÇÃO

PACIENTE NO 2º DPO DE OSTEOSINTESE DE ÚMERO DIREITO. PACIENTE APRESENTA BOA EVOLUÇÃO, QUEIXANDO-SE DE DISCRETAS DORES EM BRAÇO DIREITO. FO LIMPA E SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ORIENTADO PARA USAR TIPOIA POR 30 DIAS E RETORNO AMBULATORIAL EM 15 DIAS COM DR OSVALDO.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital

Medicamentos Prescritos na Alta

PACO 30MG + 500 MG -- 1 CAIXA -- Uso Interno

FLANCOX 400 MG -- 1 CAIXA -- Uso Interno

CEFALEXINA 500 MG -- 28 COMPRIMIDOS -- Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

10/02/2018, 10:01 h.

Dr. JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR CRM 6606

Dr. João Norival Lima Junior
MEDICO
CRM: 6606 / MA: 9625



Hospital
Universitário

Sumário de Alta

Identificação

Francisco Kelson Mendes Coelho

Leito: 0041A

430429/1

MPMR_SUMARIO_ALTA_ 10/02/2018 10:08:05 649578-38971-1

O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).





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

FHT

Fundação Hospitalar
de Teresina

SU

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: _____

CONTATO FEITO COM: _____

CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

IDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____

RESPONSÁVEL: _____

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Acidente com moto
Trauma em M.S.D.
F.B. 135cm

EXAMES REALIZADOS:

Rx ombro D - fratura de humero
de 1/3 médio

DIAGNÓSTICO:

frat. humero D. / 542.3
0408020393

TRATAMENTO REALIZADO:

Imobilização

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

02/08/2018

CPF: 034.157.373-18

Ass. e carimbo do médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170019341 Nº 012713583405
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 252738641 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
WALBER JOSE PEREIRA FILHO

CPF/CNPJ 00741709376 PLACA NII-1575

PLACA ANT. / UF CHASSI
BAD3CN6BTBG001968

ESPÉCIE TIPO PAS/AUTOMÓVEL/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO I/PEUGEOT 307 16 PR PK ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

CAP. / POT. / CIL. 005P/113CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª IPVA

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
2ª
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÕES
2 EIXO

LOCAL TERESINA DATA 9/6/2017

ARACI MARTINS DO REGO LÓBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

EXPEDIDOR

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

PI Nº 012713583405 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 9/6/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 00741709376 PLACA NII-1575

RENAVAM 252738641 MARCA / MODELO I/PEUGEOT 307 16 PR PK

ANO FAB. 2010 CAT. TARIF. 01 Nº CHASSI BAD3CN6BTBG001968

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 28,66 DENATRAN (R\$) 3,18 CUSTO DO SEGURO (R\$) 31,84

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,25 TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$) 68,10

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 02/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.349.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

REV 1/2016

