



Número: **0821344-96.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

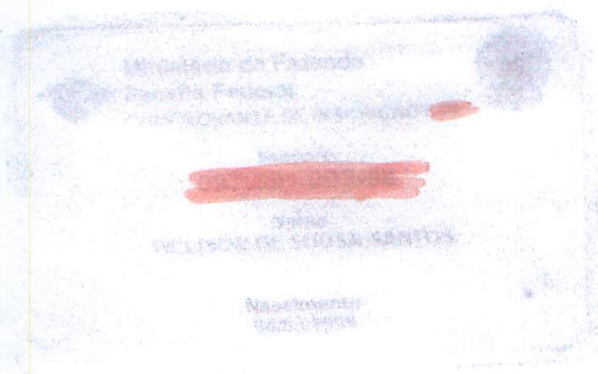
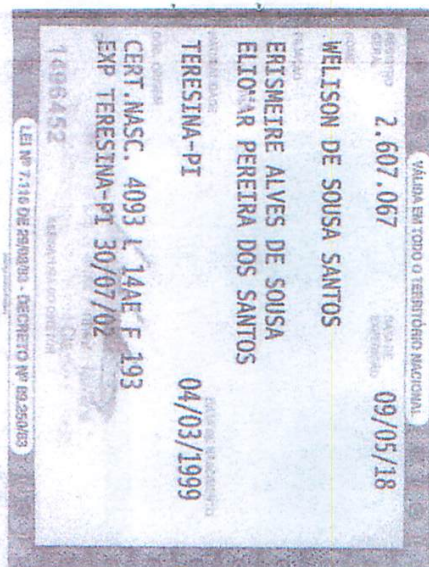
Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WELISON DE SOUSA SANTOS (AUTOR)	ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

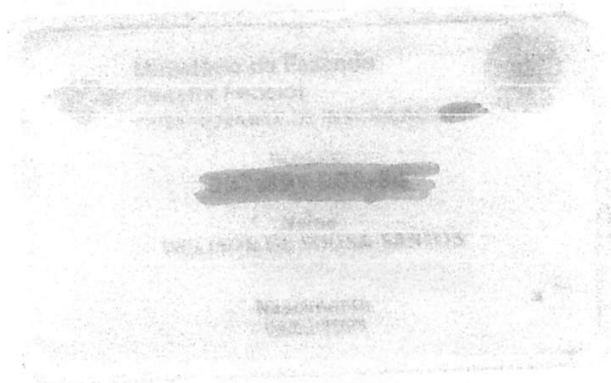
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12127871	24/09/2020 21:35	Petição Inicial	Petição Inicial
12127876	24/09/2020 21:35	RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E BO	Documentos
12127877	24/09/2020 21:35	20200924_211909	Procuração
12127878	24/09/2020 21:35	20200924_211841	Documentos
12127879	24/09/2020 21:35	COMP PAG SEGURO	Comprovante
12127881	24/09/2020 21:35	PRONTUÁRIO MÉDICO E LAUDOS	Documentos

ANEXOS.



17268





07/02/2020



**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - I.E 195985574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0600 223 2000 ou 112 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13326376-2 FATURA Nº 153592993
MÊS/ANO 11/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA JOSE ALVES DA SILVA
RUA BELCHIOR BARROS, 2905-HORTO
FLORESTAL-TERESINA-PI-cep:64052500

LOCALIZAÇÃO 006-00037-004260 GRUPO 006 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A14F258644

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS/ANO	Tipo	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
10/2019	Lido	16	16		
09/2019	Lido	10	10		
08/2019	Lido	11	11		
07/2019	Lido	09	10		
06/2019	Lido	14	14		
05/2019	Mínimo	03	10		

DATA 09/10/2019 431 CONSUMO MÊS 12 LEI 1074/2012
ATUAL 12/11/2019 443 PIS/PASEP 03,42x1,65% = 8,71
COFINS 42,42x7,60% = 3,29

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DESCRIÇÃO	VALOR
0	10 3,0660 60	VALOR REFERENTE AGUA - 42,08	
10	25 5,7120 60	> Residencial-Normal	12,00 m3 42,08
25	999999 9,8610 80	JUROS POR ATRASO	001/001 0,04
		MULTA POR ATRASO	001/001 1,30

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO 21/11/2019 TOTAL A PAGAR 43,42

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
A VIOLAÇÃO DO CORTE / AUTO RELIGAÇÃO PELO CONSUMIDOR E PASSÍVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO

As Águas de Teresina, através do presente, informa o consumidor a suspensão dos serviços
conforme Lei Federal nº 11.480/2007, Art. 4º, inciso V e Lei Estadual nº 535, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉD	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2960	2926	34	1,30	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3286	3257	29	5,29	Inferior a 15
PH	2303	2268	35	6,91	6,00-9,50
TURBIDEZ	3284	3245	39	1,43	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉD	VALOR PERMITIDO
ESQUECHICIA COLI	1311	1310	1	Ausencia	Ausente
	1311	1311	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/11/2019 HORA DA EMISSÃO: --





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **WELISON DE SOUSA SANTOS**

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

5 - Nome completo: **WELISON DE SOUSA SANTOS** 6 - CPF: **097.391.003.84**

7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA BELCHIOR BARROS** 9 - Número: **3905** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **HORTO PROLETÁRIO** 12 - Cidade: **TERESINA** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64052-500**

15 - E-mail: **86 99905 4014**

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

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

18 - CPF do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: **ITAU**

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: **0344** CONTA: **02678**

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Local e data, **TERESINA 22 de julho 2020**

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **WELISON DE SOUSA SANTOS**

41 - Assinatura do Procurador (se houver): **Procurador**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

WELLISSON Planalto Unzu
Prox. Do Lucas
DEL
V ALG

df f 68

Form with various fields and checkboxes, mostly illegible due to low contrast and bleed-through.





ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE Ocorrência DE Trânsito - Nº 3011700037

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito (Com pessoa ferida ou morta)
TIPO DE ACIDENTE: Colisão com outro veículo DATA: 08/12/2019 HORA: 14:52:36
MUNICÍPIO: TERESINA LOGRADOURO: avenida Miguel Rosa com Rua desembargador Pires Nº: de Castro

CONDUTORES

Veículo Nº 1 Placas DSU1350	Condutor	esmivaldo de sousa Lima	CNH 01351332905		
	Sexo	Masculino	Idade	58	
	Endereço	Rua paraiba número 1513 bairro Vila operária município de TERESINA			
	Proprietário	esmivaldo de sousa Lima			
Veículo Nº 2 Placas QRU0600	Veículo: Marca / Modelo	FIAT/SIENA HLX FLEX	Espécie	Passageiro	Ano
	Condutor	welison de sousa Santos	CNH		
	Sexo	Masculino	Idade	21	
	Endereço	Rua belchior Barros número 2905 bairro PLANALTO ininga município de TERESINA			
	Proprietário				
	Veículo: Marca / Modelo	HONDA/POP 110I	Espécie	Passageiro	Ano

DANOS NOS VEÍCULOS

Veículos	Danos
DSU1350	Lateral direita [setor lateral posterior direita PARA lama porta traseira e para brisa]
QRU0600	Garfo dianteiro [frontal avarias conforme fotos anexadas]

Vítimas

Nome	welison de sousa Santos	Sexo	Masculino	Idade	21
Endereço	Rua belchior Barros	Condição	Problema clínico		

Testemunhas

RELATÓRIO RESUMIDO: Informo que a 2ª GU da ciptran foi acionada via via copom pra atender um acidente de trânsito com vítima, ao chegar no local já se encontrava a vtr comandada pelo 2º tn Paulo Roberto e cb Carvalho, a ocorrência não foi gerada pelo Mobile. Condutor e vinda welison de sousa Santos foi socorrido pelo Samu para o HUT, o mesmo conduzia a moto Honda POP 110 de placa QRO HONDA/POP 110I (QRU0600) PI de cor preta V -2 cond Sr Esmivaldo de Sousa Lima Véic fiat siena cinza de placa DSU1350 HOVE PERICIA NO LOCAL PERITO SAULO. OBS A MOTO de placa QRO HONDA/POP 110I (QRU0600) foi entregue para o Sr Genilson Silva dos Santos Rg2607094 CPF 05297457394 Res na Rua Belcho Barros nº2905 PLANALTO ininga Cel 9 9541 6347.

Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:		
Óbito	Lesões Corporais	Invalidez Permanente
Certidão de Óbito	Prova das despesas médicas	Prova das despesas médicas
Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial
Prova de Qualidade de beneficiário		Rel. médico atestando o tipo e grau definitivo de invalidez

ONDE SOLICITAR: O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.

Imagens





Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



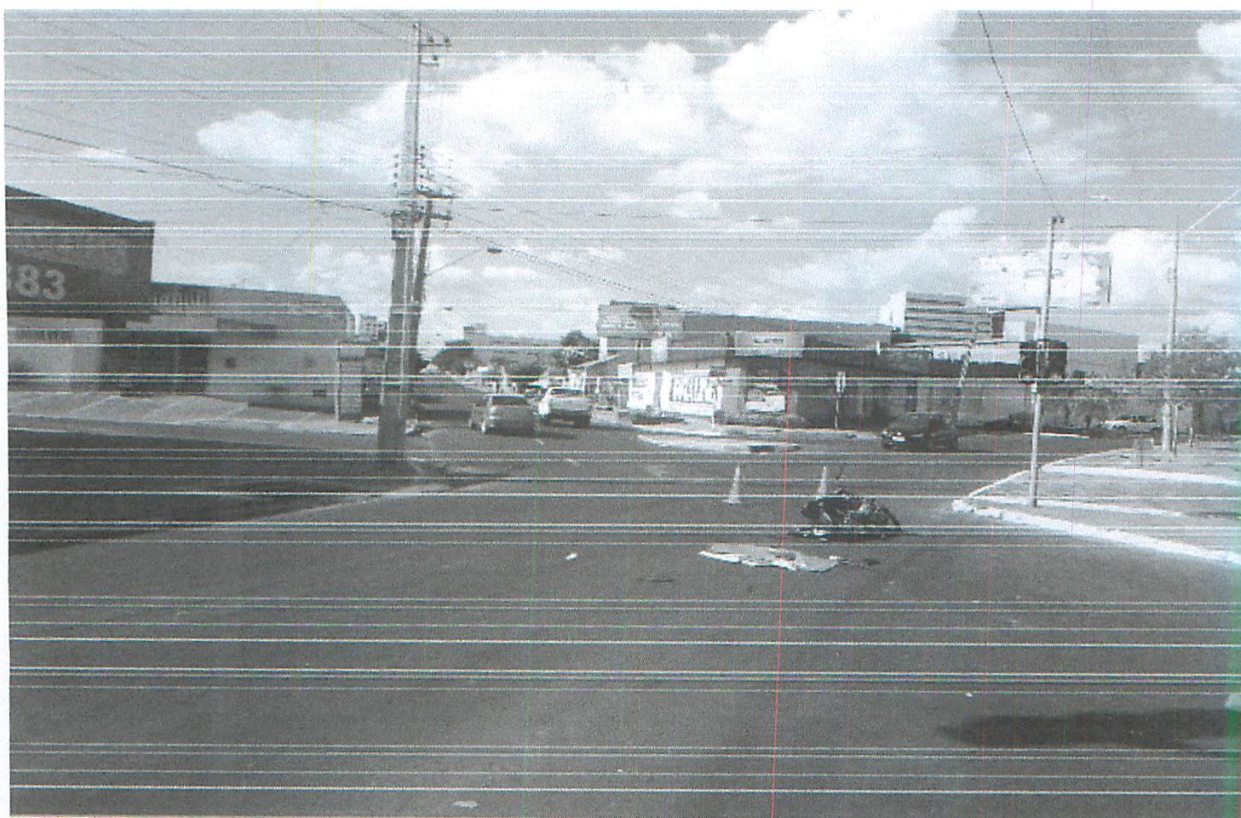
Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



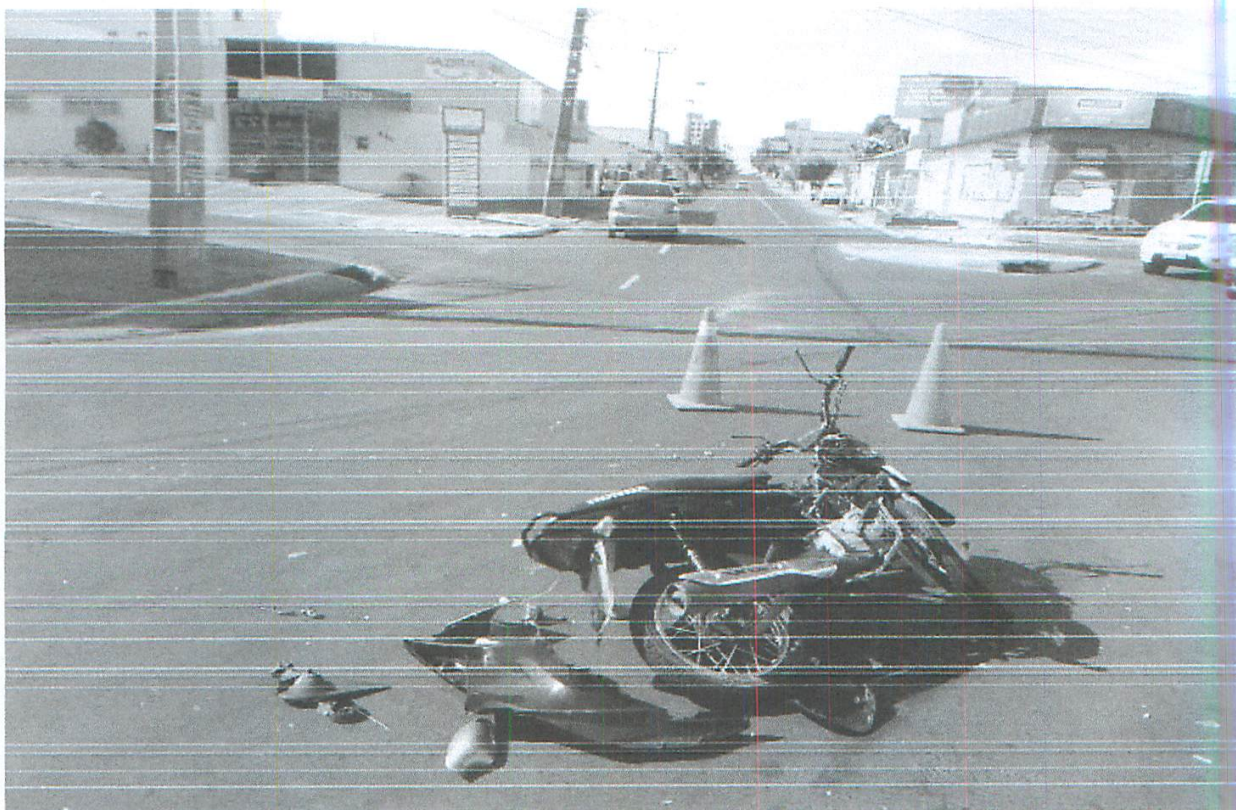
Tipo: Local

Descrição:



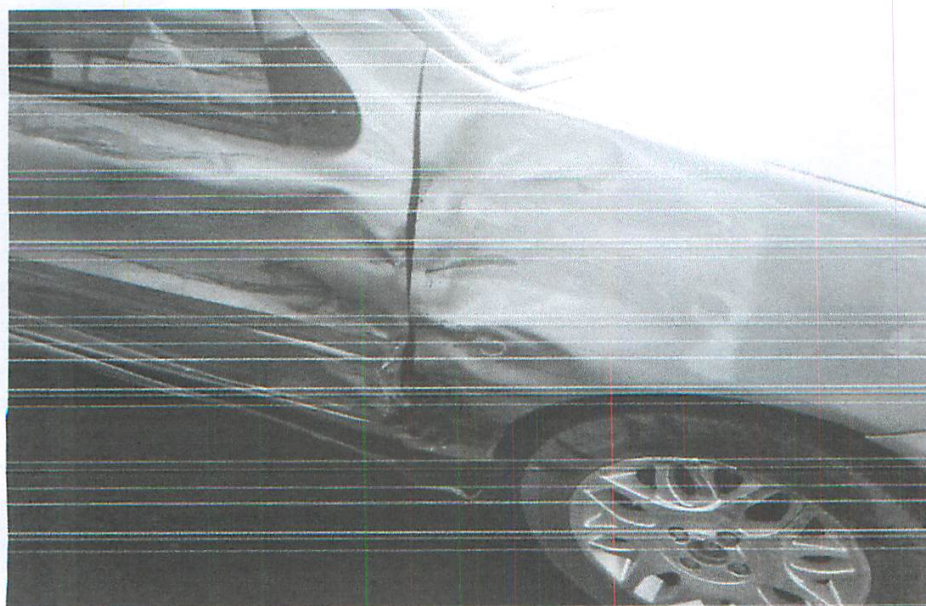
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



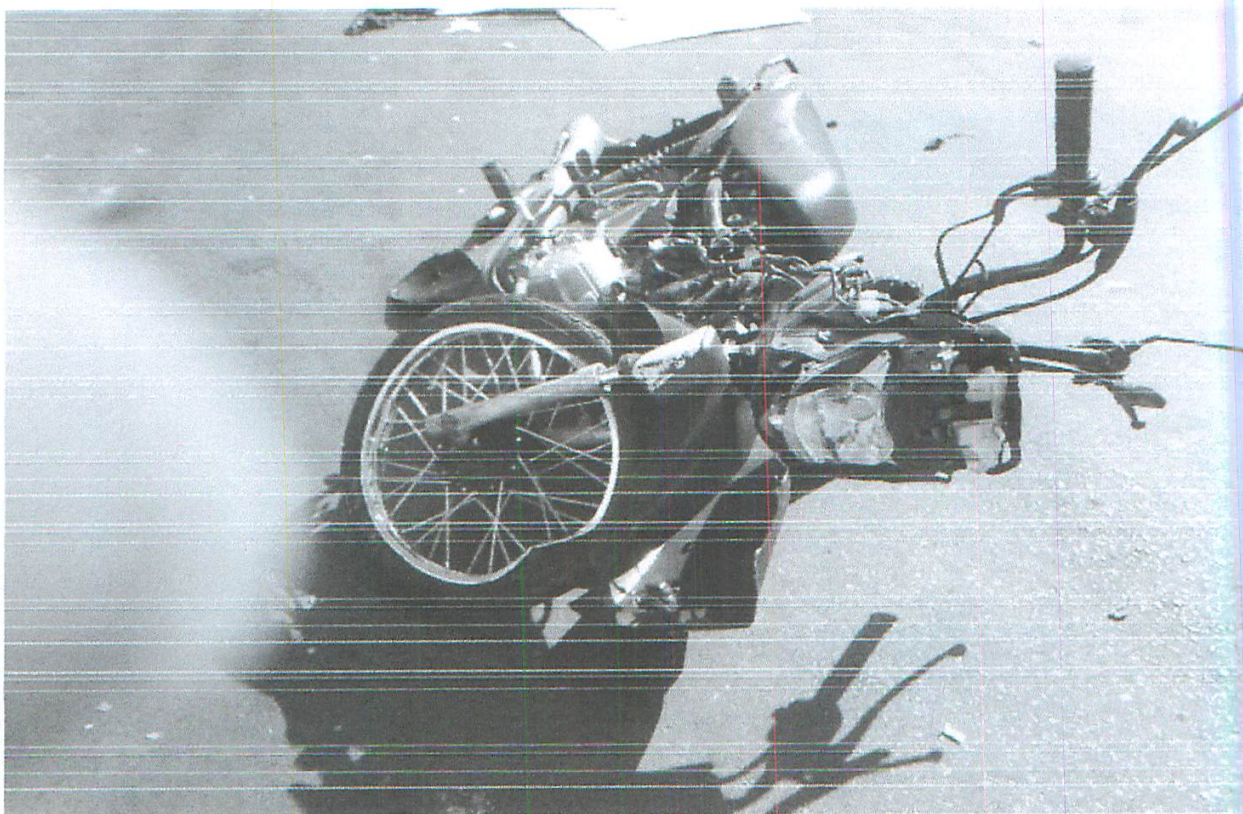
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



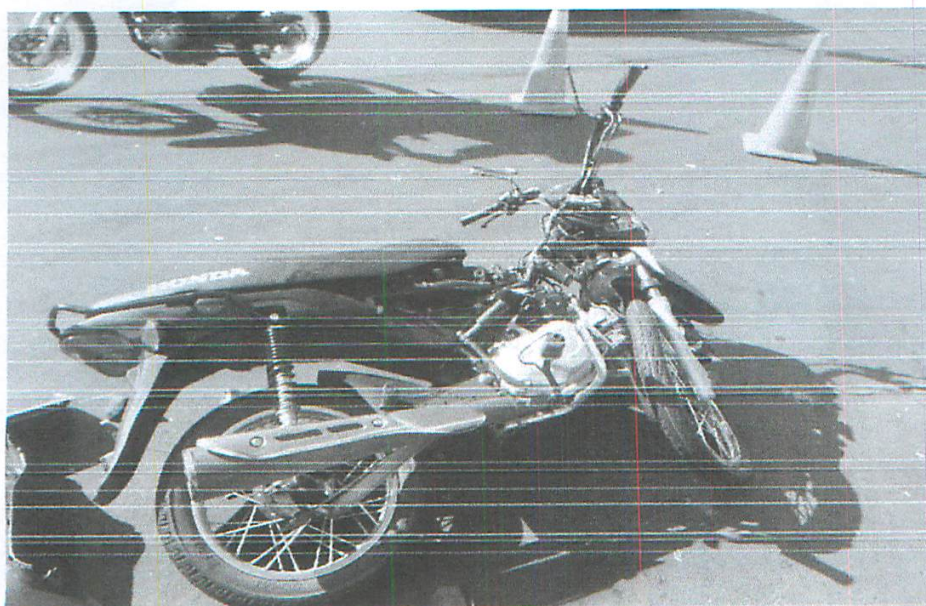
Tipo: Veículo

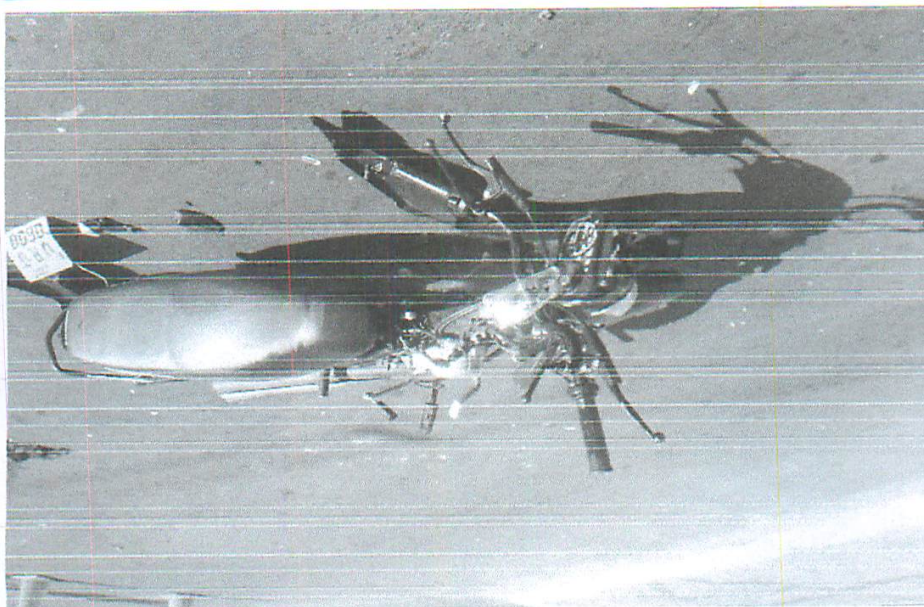
Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110i





Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I

NOME DO
PM:

SENGLETON PESSOA DOS SANTOS

Id. Func.:

14300





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: <u>WELISON DE SOUSA SANTOS</u>	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Autônomo	RG: 2.607.067
CPF: 097.391.003-84	ENDEREÇO: Rua Belchior Barros
2905, Horto Florestal, Teresina-PI, CEP: 64.052-500.	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro – Teresina – PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina-PI, 24 de setembro de 2020.

OUTORGANTE: Welison de Sousa Santos

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: 994643330/(what Zap: 994523253)

E-mail: ramonadv@bol.com.br / www.alexandreramon.jur.adv.br





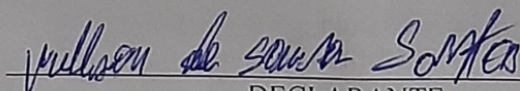
ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: WELISON DE SOUSA SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Autônomo	RG: 2.607.067
CPF: 097.391.003-84	ENDEREÇO: Rua Belchior Barros
2905, Horto Florestal, Teresina-PI, CEP: 64.052-500.	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 24 de setembro de 2020.


DECLARANTE



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200266610

Vítima: WELISON DE SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELISON DE SOUSA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **WELISON DE SOUSA SANTOS**

Valor: **R\$ 6.412,50**

Banco: **341**

Agência: **000000344**

Conta: **0000082678-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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





NOME DO PACIENTE: WELISON DE SOUSA SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 531124

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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".



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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

SAMU 192

01 Nº do chamado 1233 02 Data do chamado 08/12/19 03 PRO (código) 2900 04 Saída do PA 14:44 05 Chegada ao local 14:46

06 Saída do local 15:07 07 Chegada ao 1º hospital 15:10 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital

10 Endereço Av. Miguel Rosa com Desem. Pous de Coto 11 Bairro Centro 12 Município-UF TERESINA-PI Código IBGE

13 Ponto de referência Ino X. Escola São Paulo

14 Nome Welyson de Sousa Santos 15 Sexo 1 Masculino 2 Feminino 9 Ignorado

16 Idade 24/03/99 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

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

19 Vítima 20 Meio de locomoção: 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança

23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA 24 Sinais Vitais 25 Local da lesão

26 Pupilas 27 Pulso Radial Central 28 Sangramento 29 Escala de dor de 0 a 10 30 Fratura 31 Procedimentos realizados 32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito

Observações Interdisciplinar: Cliente vítima de acidente de trânsito moto + carro, usando capacete, realizou primeiro atendimento, péla equipe muito rápida, cliente apresenta suspeita de fratura de fêmur, péla, bacia imobilizada, atendimento realizado por equipe de socorro, com o cliente HU.

Responsável pela recepção: Tayane de Castro Costa, Enfermeiro, Condutor: Enosono

11.2011



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	254144

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: WELISON DE SOUSA SANTOS	6 - Prontuário: 531124
7-CNS: 898050027361006 8-Nascimento: 04/03/1999 9-Sexo: Masculino	CPF: . . -
11-Mãe: IRISMEIRE ALVES DE SOUSA	12-Fone: 86-95573-389
13-Resp: ERISMEIRE ALVES DE SOUSA	14-Fone: 86-95573-389
15-Ender: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0408050624	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)
21-Cod. Mudança Procd. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
27-CID Prin: ? 26-Diagnóstico:	28-CID Sec. 29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF	
Data Solicitação: 18/12/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91	
41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FÊMUR DIREITO +		
RNOZELO DIREITO		
408050624 S724	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	0413040178
T009	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	
0408020407 S525	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original	
49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	20/01/20	Daniel Dutra dos Santos ASSESSOR DE AUDITORIA - DRCAA/SMS CRM 2680-PI CPF 140.318.053-49 CRM 2680-PI 14600001
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(AMPARO LEAL)



PM - 08/12/19 - 17:55

Relato de TCE
sem queixas neurológicas
Evo: 15
TC de crânio sem lesões
neurocirúrgicas

em Alta do NCM

Dr. Alisson Meneses
Neurocirurgia
CRM - PI 4512 / CRM - MA 10794

Ameggo Geral às 18:20

Paciente vítima de acidente automobilístico, referindo dor em MTD
Ao exame: consciente, orientado, eupneico, SAT

Dina Vianna e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

PCP: fisiológico

Abdomen: plano, flexado, indolor a palpação

Extremidades em face, Tórax: TC desnaturado com rachaduras
TC de Tórax: sem sinal de hemotórax ou pneumotórax

TC de Abdomen: sem sinais de líquido livre ou pneumoperitônio

Conduto: Alta do Ameggo Geral em 24 horas

às 18:28 -

Rx com fratura de tíbia e fêmur
Lumbar distal e sacro distal
Fract de tíbia e fêmur

Dr. Fernando Danilo Fernandes
Médico
CRM PI 6792

Dr. Manoel C. L. de Freitas
Médico
CRM-PI 6679





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

Alexandre A. de Oliveira NUNO OK
CIR-GERAL
DORNOPEIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	WELISON DE SOUSA SANTOS			Prontuário:	124
Mãe:	ERISMEIRE ALVES DE SOUSA			Pai:	
End.Resid.:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	04/03/1999	Idade:	20a9m4d	Sexo:	Masculino
Responsável:	ERISMEIRE ALVES DE SOUSA			Fone:	86-95573-389
Profissão:	VERDUREIRO			CNS:	
G. Instrução:	Não informado			Documento:	RG: 2607067 - SSP PI
				E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idioma:	755709	Entrada:	08/12/2019 15:13:10	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura							
(Conforme Paciente/Acomp):	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Laranja
Breve História Clas. Risco:	Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original	
	Em: 08/12/2019 15:18:02	

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM USO DE CAPACETE(SIC). RELATA INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FÁSICO, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS
C) ABDOME PLANO FLÁCIDO, DOLOROSO Á PALPAÇÃO. DOR Á MANIPULAÇÃO DA Pelve (EM IMOBILIZAÇÃO). FC 88, PA 120/80MMHG.
D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
E) ESCORIAÇÕES E LESÕES CORTO CONTUSAS EM FACE. DOR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO - IMOBILIZADOS, SOCORRISTA DO SAMU RELATA FRATURA EXPOSTA.

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

Exames Complementares:
(1381014) - T.C. DE CRANIO
(1381015) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
(1381016) - T.C. DE PELVE

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 08/12/19 HORA 16:55h
EXAME CERVICAL E ABDOME
TECNOLOGO: _____

Prescrição Médica:
1- DIETA ZERO
2- RINGER LACTATO 1000ML, EV 12/12/19 20:00
3-DIPIRONA 1G/2ML- AMP + AD, EV 12/12/19 20:00
4-TRAMAL50MG/ML - 1 AMP + 100ML SF 0,9% EV, SE DOR REFRATÁRIA 12/12/19 20:00

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto)	DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SA
CRM 6780 PI Em: 08/12/2019 15:31:21



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 273224 AIH: 2219102470761
---	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	WELISON DE SOUSA SANTOS	04/03/1999	531124	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		IRISMEIRE ALVES DE SOUSA	ERISMEIRE DE SOUSA SANTOS	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
64000010	RUA BELCHIOR BARROS	2905		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF
PLANALTO ININGA		TERESINA		PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL			0408050624
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO			0415030013
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	S724		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FEMUR DIREITO + TORNOZELO DIREITO 0408050624 S724 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL) 0413040178 T009 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0408020407 S525 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	07/01/2020

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
AARAO CRUZ MENDES				
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO		
203833996150008		07/01/2020 17:19:02		





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

273224

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	254144

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: WELISON DE SOUSA SANTOS				6 - Prontuário: 531124			
7-CNS: 898050027361006		8-Nascimento: 04/03/1999		9-Sexo: Masculino		RG: 2607067 - SSP PI	
11-Mãe: ERISMEIRE ALVES DE SOUSA						12-Fone: 86-95573-389	
13-Resp: ERISMEIRE ALVES DE SOUSA						14-Cor: Sem Informação	
5-Ender: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010							
16-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100		18-UF: PI		19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

partir com fadiga
pulso y - prg

21 - Condições que justificam a internação:

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

3-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do fêmur

24-CID Prin: **S724**

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050624		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		Tempo SUS 4
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA		34-Data Solicitação: 18/12/2019		35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM) Dr. Ricardo Soares Valença Ortopedia - Traumatologia CRM: 3766 - TEO - 11/19 Tel: (86) 98884-0561

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 22.01.20	50-Ass. de CNAE (Rg.Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	51-Assinatura Paciente ou Responsável: ERISMEIRE ALVES DE SOUSA
		Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 755709 Consulta SUS: Impressão: 18/12/2019 20:02:12



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 273224
	AIH: 2219102470761
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE WELISON DE SOUSA SANTOS	NASCIMENTO 04/03/1999	SEXO M	PRONTUÁRIO 531124
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE IRISMEIRE ALVES DE SOUSA	RESPONSÁVEL ERISMEIRE DE SOUSA SANTOS
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA BELCHIOR BARROS			NUMERO / LOTE 2905
BAIRRO PLANALTO ININGA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO , FRATURA DE FÊMUR E RADIO DISTAL
--

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA CITADO

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL
--

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) RICARDO SOARES VALENCA CPF: 78709857591
--	--

CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/12/2019	CRM:
DATA ADMISSÃO 18/12/2019 20:02	DATA ALTA 26/12/2019 13:48	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO						
<table border="1"> <tr> <td>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA CPF: 20171471334</td> <td>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 18/12/2019 20:12:29</td> </tr> <tr> <td>CRM:</td> <td>CPF</td> </tr> <tr> <td>CRM</td> <td>DATA ANALISE</td> </tr> </table>	PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA CPF: 20171471334	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 18/12/2019 20:12:29	CRM:	CPF	CRM	DATA ANALISE
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA CPF: 20171471334	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 18/12/2019 20:12:29					
CRM:	CPF					
CRM	DATA ANALISE					

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FICHA DE ANESTESIA		FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA																								
Nome: <u>Wilton de Sousa Santos</u>		Sala:		Alergia: <u>Não</u>		Data:																				
Procedimento: <u>Retirada de punção</u>		Cirurgião: <u>Ricardo</u>		Observações:																						
Agentes		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Unid</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> </tr> </thead> </table>												Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45														
1	<u>Midazolam</u>																									
2																										
3	<u>Bupivacaína</u>																									
4	<u>Atropina</u>																									
5																										
6	<u>Ureteral</u>																									
7	<u>1% Lidocaína</u>																									
8	<u>Epinephrine</u>																									
9	<u>Indometacina</u>																									
10																										
11	<u>Aspirina</u>																									
Oxigênio		<u>3L/min</u>																								
AR/N2O																										
Volatil																										
Acesso Vascular																										
☐ Periférico <u>m2</u> ☐ Cat. Venoso <u>m2</u> ☐ Dificuldade aces. venoso ☐ Gastos cateteres ☐ Central																										
Via Aérea																										
☒ Cateter nasal ☐ IOT n° ☐ LMA n°																										
Monitorização:																										
☒ Cardioscopia ☒ PANI ☒ Oxímetro de pulso ☐ ETCO2 ☐ Outros																										
Anestesia:																										
☐ Geral Venosa ☐ Geral Balanceada ☒ Raquianestesia ☐ Peridural ☐ Bloqueio Periférico ☐ Outros																										
Decúbito: <u>DDH</u>																										
SPO2 (%)		<u>100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100</u>																								
ETCO2 (mmHg)		<u>40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40</u>																								
Aces. Venoso		<u>500 500 500 500 500 500 500 500 500 500 500 500 500</u>																								
Aces. Venoso																										
Diurese																										
Perdas Sanguíneas																										

Descrição da Anestesia:

BSA: Pouco sustentado, A+A no pulso, pulso 120/70/60 mmHg, 100%
Spray: 1% Lidocaína 10ml e 1% Bupivacaína 10ml

Dr. Eduardo Ramo
Anestesiologista
CRM - RJ 1990 / RQE 287



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

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		
Wilson de Souza Santos		
Diagnóstico pré-operatório		
Fratura de fêmur de - 1º, 2º, 3º		
Operação - Tipo		
Platificação		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
16/11/19		
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
① Fratura fêmur D → 0108050624 - 5724 (placa)		
② Fratura fêmur D → 0108050624 - 5525 (2 placas)		
Acidente Durante a Operação		
③ LMC R.D. → 0103040148 - 1989		
Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original		

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

① Placa 5724 de anteo
contorno com 2 placas + 4 parafusos
com 2 parafusos + 2 parafusos
para DCS + 2 parafusos + 2 parafusos
Uso.
② Redução + fixação de fratura
de fêmur
③ Placa 5525 + 2 placas
de + 2 parafusos + 2 parafusos

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305
Tel: (86) 98884-0561

Mod. 76 HUT



Braga & Braga Importação e Exportação

1022

EX DMS.

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE : <i>Prontuario:</i>		CNPJ:	
PACIENTE: <i>Welison de Sousa Santos</i>			
RG.HOSPITAL: <i>HWT.</i>		COD.SIG TAP: <i>0702030821.</i>	
DATA: <i>18/12/19</i>		ALTA: <i>USADO:</i>	
PROCEDIMENTO: <i>Fratura Supracondiliana de fêmur</i> ☒			
MEDICO: <i>D. Ricardo.</i>		CPF: <i>CRM:</i>	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote QTD

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 18/12/19

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
SRM: 3766 - TEOT. 11305
Tel: (86) 28884-0561

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 254144
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: WELISON DE SOUSA SANTOS	6 - Prontuário: 531124		
7-CNS: 898050027361006	8-Nascimento: 04/03/1999	9-Sexo: Masculino	CPF: -
1-Mãe: ERISMEIRE ALVES DE SOUSA	12-Fone: 86-95573-389		
13-Resp: ERISMEIRE ALVES DE SOUSA	14-Fone: 86-95573-389		
15-Ender: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO TINGA - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050624	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030821	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	Quant. Soli- cidata: 1

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF
40-Data Solicitação: 18/12/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91

Dr. Ricardo Valença
Otorrinolaringologista
CRM: 77681
Tel: (86) 3141-0567

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

--

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: RICARDO SOARES VALENÇA	47-Data Autorização: 18/12/2019	48-CNS/CPF: 5828856
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	Dina Vieira de Silva SAME - HUT Confere com o Original	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 20/01/20	52-CNS/CPF: 5828856
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(SOLIMAR BRITO)



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: VELISON DE J. SANTOS Nº PRONTOS 53/124 Nº LAUDOS 54/41

- ☐ ALTA HOSPITALAR
☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
☐ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-
DOADOR MORTO
☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
☐ TRANSFERÊNCIA
☐ DEVASÃO
☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 26/12/13


Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



56 J214 5128





IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOD. A. E URGÊN.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
WELISON DE SOUSA SANTOS		531124		04/03/1999	20	Ortopédica	235	29	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
DI : 08/12/2019	FRAT DE RÁDIO D + FEMUR D+TNZ D								
25/12/19	Amaro Junior								1200 SNU P 100 bpm 119081 mmHg 790.366 - Ode
1	Dieta oral livre								
2	Jeico salinizado								
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
6	Tramadol 100mg _ 01 amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
7	Paracetamol 40gts VO 6/6h SN								
8	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
9	Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN								
10	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA								
11	Cuidados gerais e sinais vitais								
Dina Vieira e Silva SAMU - HUT Confere com o Original									
Dr. Giordano Correntino / Dr. Vitor Hugo Felix / Dr. Ricardo S. Viana / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia									
CRM3415-TEOT10029 / CRM42308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367									



HOSPITAL : URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Mulison de Sousa Santos IDADE anos DATA 18/12/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 h 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA trat. cirúrgico de fratura de fêmur CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106/54</u>	<u>D</u>	<u>114/60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>107</u>		<u>106</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adelino</u>		<u>maio</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	☒	☒
	Movimenta dois membros	1	☒	☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	☒	☒
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	☒	☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	☒	☒
	Tem apnéia	0	☒	☒
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	☒	☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	☒	☒
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	☒	☒
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	☒	☒
	Desperta, se solicitado	1	☒	☒
	Não responde	0	☒	☒
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	☒	☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	☒	☒
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	☒	☒
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	TOTAL	<u>09</u>	<u>10</u>
ESCALA DE DOR SAÍDA	☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	ASS.	<u>maio</u>	<u>maio</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:00 - Paciente chega na RPA no POI de tratamento cirúrgico de fratura de fêmur D e antebraço D, consciente, respiração espontânea, boa spO₂, em HV, sem queixas

Moema Tais A. Barcellos
COREN - PI 157450 - ENF

RAIO-X REALIZADO
DATA 18/12/2019
Técnicos:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dina Vitoria e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

ALTA SRPA

Alta da RPA
s/ queixas
Dra. Fernanda R. S. Matos Gonçalves
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 4924

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

235 / 29.

[] [] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NE [] IGER [] [] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] XORT [] NEU [] CIR [] MÉD

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253469
Requisição: 1034029 Solicitação: 09/12/2019 Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA
Controle: 1381353 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 09/12/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FECPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253594
Requisição: 1038134 Solicitação: 18/12/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1389952 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/12/2019

PUNHO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com fios metálicos.
- Tala gessada

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253594
Requisição: 1038134 Solicitação: 18/12/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1389953 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/12/2019

JOELHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva recente no fêmur distal.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

MS
Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FECPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS (Prontuário: 531124)**
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253594
Requisição: 1038134 Solicitação: 18/12/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1404925 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 18/12/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura cominutiva recente no fêmur distal.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254668
Requisição: 1041219 Solicitação: 26/12/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1396395 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 26/12/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254668
Requisição: 1041219 Solicitação: 26/12/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1396396 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/12/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253469
Requisição: 1034029 Solicitação: 09/12/2019 Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA
Controle: 1381352 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/12/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diáfise femural.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253469
Requisição: 1034029 Solicitação: 09/12/2019 Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA
Controle: 1381351 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 09/12/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna com desvio.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo na tibia.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709
Requisição: 1033847 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
Controle: 1381017 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 08/12/2019

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro superior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/12/2019

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709
Requisição: 1033847 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
Controle: 1381018 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 08/12/2019

MEMBRO INFERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil da coxa e da perna.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diafise femural.
- Fraturas oblíquas completas recentes desalinhadas na diáfise distal da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/12/2019

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709
Requisição: 1033846 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
Controle: 1381016 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 08/12/2019

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.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES
CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
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: **WELISON DE SOUSA SANTOS (Prontuário: 531124)**
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709
Requisição: 1033845 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
Controle: 1381015 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 08/12/2019

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.
- LITIASE RENAL DIREITA NÃO OBSTRUTIVA.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

LUCIANA MARINHO VIANA BORGESCPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
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: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709
Requisição: 1033844 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
Controle: 1381014 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/12/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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

