

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200051710**

**Vítima: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**

**Data do Acidente: 08/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

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

**Senhor(a), GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200051710**

**Vítima: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**

**Data do Acidente: 08/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200051710**      **Vítima: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**

**Data do Acidente: 08/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**

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\$ 1.687,50

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: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001606**

**Conta: 0000060020-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

054.695.578-98

4 - Nome completo da vítima:

Gilberto Teixeira de Alcantara

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

5 - Nome completo:

Gilberto Teixeira de Alcantara

6 - CPF:

054.695.578.98

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua José Parente Sampaio

9 - Número:

5561

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ribeirão Pires

12 - Cidade:

Guarulhos

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

64.085-540

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 990129591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3606 013 CONTA: 60020 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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):

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 nasceu?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Guarulhos - Piauí 06.01.2020

Gilberto Teixeira de Alcantara

Keyli Moreira de Alcantara

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000244/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/01/2020 11:39

Data/Hora Fim: 06/01/2020 12:20

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

570666

Data/Hora do Fato: 08/10/2019 16:30

575430

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Zona Rural Norte

Logradouro: FAZENDA SOARES

Tipo do Local: Zona Periurbana

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

Veículo

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Campo Maior

Sexo: Masculino

Nasc: 03/08/1961

Profissão: Vendedor

Estado Civil: Casado(a)

Nome do Pai: FRANCISCO DE ALCANTARA NETO

Nome da Mãe: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 054.695.578-98

RG - Carteira de Identidade: 471644

Endereço

Município: Teresina - PI

Nº: 5561

Logradouro: R JOSE PARENTE SAMPAIO

CEP: 64.000-000

Bairro: PQ POTI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 044.338.783-40

Placa: LWF8071

Renavam: 00656307374

Número do Motor: KC16E8E474479

Número do Chassi: 9C2KC1680ER474479

Ano/Modelo Fabricação: 2014/2013

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Piauí

Município Veículo: União

Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Última Atualização Denatran: 28/01/2014

Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

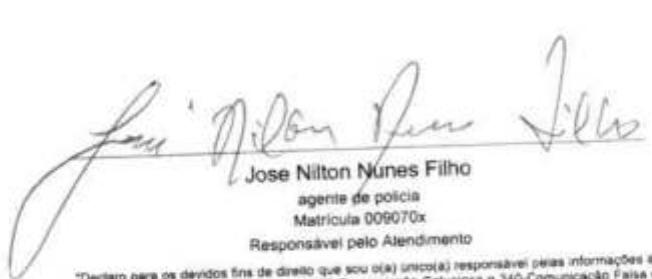
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000244/2020

RELATO/HISTÓRICO

O MESMO COMUNICA QUE TRAFEGAVA NO VEICULO JA CITADO QUANDO DERRAPOU E CAIU, FRATURANDO O PUNHO, QUE FOI LEVADO PARA A UNIDADE DEDE PRONTO ATENDIMENTO DO RENASCENÇA, PRONTUARIO DE N: 8913, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O H.U.T, SOBRE NUMERO DO PRONTUARIO-522432/2019. ERA O B.O.

ASSINATURAS

  
Jose Nilton Nunes Filho  
agente de polícia  
Matrícula 009070x  
Responsável pelo Atendimento

  
GILBERT TEIXEIRA DE ALCANTARA  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

054.695.578-98

4 - Nome completo da vítima:

Gilberto Teixeira de Alcantara

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

5 - Nome completo:

Gilberto Teixeira de Alcantara

6 - CPF:

054.695.578.98

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua José Parente Sampaio

9 - Número:

5561

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ribeirão Pires

12 - Cidade:

Guarulhos

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

64.085-540

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 990129591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3606 013 CONTA: 60020 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascrito (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

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

Informações  
sobre os  
benefícios  
do seguro

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Guarulhos - Piauí 06.01.2020

Gilberto Teixeira de Alcantara

Keyly Moreira de Alcantara

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA		Prontuário: 8913
Mãe: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCATARA	Pai: FRANCISCO DE ALCANTARA NETO	
End. Resid.: RUA JOSE PARENTE SAMPAIO, 5561 - PARQUE POTY - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 03/08/1961	Idade: 58a2m5d	Sexo: Masculino Fone: 86-99416-2120
Responsável: O MESMO	CNS: 706801780569323	
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 054.695.578-98	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 435311	Entrada: 08/10/2019 18:23:45	Convênio: SUS	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			
Condução: ?			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Trauma em MSE hoje. ALERGICO A DIPIRONA, DICLOFENACO E BENZETACIL.		
		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 08/10/2019 18:34:02

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.  
 RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EVIDENCIADA FRATURA DO RÁDIO DISTAL COM DESVIO.  
 CD: ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

CID:  
 S525

Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio
--

## Exames Complementares:

RX

Prescrição Médica:
--------------------

## Motivo da Alta/Encerramento:

Continua Tratamento em Outra

DATA: / /

Dr. Neomar Soares da Silva  
 ORTOPEDICO / HUMATOLÓGICO  
 CRM-PI 4237 / RQE 2637  
 FET 1.373

Unidade

Assinatura Paciente ou Responsável

NEOMAR SOARES DA SILVA  
 CRM PI 4237 Em: 08/10/2019 19:22:52

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 790161974	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 94996	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		

**PACIENTE:** GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

**NASCIMENTO:** 03/08/1961

**DADOS CLÍNICOS**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

08/10/2019 20:15:25 PACIENTE, 58 ANOS, SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EVIDENCIADA FRATURA DO RÁDIO DISTAL COM DESVIO. ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

**EXAMES SOLICITADOS:**

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

**COMORBIDADE:**

<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 0x0(mmHg)	<b>FREQ. CARDÍACA:</b> 0bpm	<b>SATURAÇÃO:</b> 0%	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 0rpm
<b>GLICEMIA:</b> 0mg/dL	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 15	<b>USO DE O2:</b>	

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

**DATA:** 08/10/2019 20:30:35

Dr. Nenhum. SORTESE DU CITO  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRG/2019/2371/ROE 437  
EGO 14/12

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO**

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrículas: 059234  
SAME: HUT  
Confere com original

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 00000060020-1

---

Nr. da Autenticação 33313C16AA3C953E

ÁGUAS DE  
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 193965374  
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

FATURA Nº 153269148  
MÊS/ANO 10/2019

1.42.319  
201901410630

13201158-1

NOME/ENDEREÇO

MORADOR GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

RUA JOSE PARENTE SAMPAIO, 5561-PARQUE  
POTI-TERESINA-PI-cep:64085540

LOCALIZAÇÃO

009-00013-003525

GRUPO

009

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y14N139262

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LEIDO	FATURADO
09/2019	Lido	13	13
08/2019	Lido	23	12
07/2019	Média	20	10
06/2019	Lido	11	10
05/2019	Lido	10	10
04/2019	Lido	10	10

ECONOMIAS-CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 12/09/2019 687  
ATUAL 14/10/2019 699

LEITURA

CONSUMO MÊS M3

12

LEI 12.741/2012

PIAS PASEP 4,87% + 6,65% = 8,41

COFINS 24,97% + 7,68% = 1,65

TABELA DE TARIFAS

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

0	10	1.0458	90
10	25	5.7120	88
25	399999	9.8610	99

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE ÁGUA - 24,87 REF. 12,0 m3  
> Resid social-Normal 24,87

VALOR



VENIMENTO  
26/10/2019

TOTAL A PAGAR

24,87

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.  
SE SEU HIDROMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,  
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,  
conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

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 / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2984	2965	19	1,37	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3326	3309	17	4,80	Inferior a 15
PH	2514	2424	40	6,93	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3322	14	1,38	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 / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1275	1275	0	Ausência	Ausente
	1275	1275	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 14/10/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:06

9584-8575

8122-6206



Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 031895626

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	31/12/2019	127	117,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 0005900/125320  
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.30.14.045000

Atual:	14139	Atual:	24/12/2019
Anterior:	14012	Anterior:	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	23/01/2020
Consumo Médio:	127	Emissão:	23/12/2019
Consumo Faturado:	127	Apresentação:	24/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
			Dias de Consumo: 29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Hélio 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154

Mês/ano consumo	CONSUMO	127 A R\$ 0,847425 =	107,62
NOV/19	143	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO SIP)	9,65
OUT/19	177	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,40
SET/19	162	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,90
AGO/19	158		
JUL/19	151		
JUN/19	154		
MAI/19	140		
ABR/19	143		
MAR/19	153		
FEV/19	204		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
	8 R 127 - 0,633612		

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Nes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de  
11/2019 149,73 energia elétrica a partir de 08/01/2020. O não pagamento por  
dá ensejo também a inclusão do nome do consumidor na  
SIEC. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar.

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Lacerda Oliveira  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Gilberto Teixeira de Alcantara inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.695.578-98  
 do sinistro de DPVAT cobertura Trincheira da Vítima Gilberto Teixeira de Alcantara  
alcantara inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.695.578-98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: 24 de junho</u>		Número:	<u>354</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>69.000.902</u>
E-mail:						Tel.(DDD):	<u>(86) 994729591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 06.01.2020

Keylly Lacerda Oliveira  
 Assinatura do Declarante



Fundação Municipal de Saúde

**SUS**

17 577 205 / 0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde N° 2810  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

De: UPA - RENASCENÇA	Para: HUT/HU/HPM (ORTOPEDIA)
PACIENTE: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA	
Registro:	
PACIENTE, 58 ANOS, SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EVIDENCIADA FRATURA DO RÁDIO DISTAL COM DESVIO. ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.	
HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL E	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo
CID: S 52.5	
TERESINA-PI, 08/10/2019 ÀS 19:30	

Dr. Neomar Soárez da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 4237 / ROE 2637  
TEOT 1.1747

**FICHA DE RETORNO**

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAMU HUT Confere com Original	
TERESINA-PI _/_/_	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



NOME DO PACIENTE: Gilberto Góis de Alcântara

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 511389

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 868234  
SAME / HUT  
Confere com o Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 08/10/2019 22:39:56  
 User: FERNANDO COUTO  
 (Estação: GESS002)

<u>Nome:</u> <b>GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA</b>		<u>Prontuário:</u> <b>511389</b>
<u>Mãe:</u> MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA		<u>Pai:</u> FRANCISCO DE ALCANTARA NETO
<u>End. Resid.:</u> RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 03/08/1961	<u>Idade:</u> 58a2m5d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>Fone:</u> 86-99584-8575
<u>Profissão:</u> VENDEDOR		<u>CNS:</u> 706801780569323
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>Documento:</u> RG: 471644 - SSPPI
		<u>E.Civil:</u> Casado(a)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> <b>745527</b>	<u>Entrada:</u> <b>08/10/2019 22:27:45</b>	<u>Convênio:</u> <b>S U S</b>	<u>Proced:</u> <b>0301060061</b>
<u>Motivo da Procura</u> <u>(Conforme Paciente/Acomp):</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		<b>Indefinido</b>
<u>Breve História Clas. Risco:</u>		

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora:</u> <b>_____</b> : <b>_____</b> )								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

tx: traum distal da mão com desor

cd: internação n/ho amigas

086-2100  
 TEC  
 1100  
 1100  
 1100

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>CID:</u>
Úlcera de córnea	H160

<u>Exames Complementares:</u>
(1330371) - PUNHO ESQUERDO

<u>Prescrição Médica:</u>
---------------------------

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
 Matrícula: 059234  
 SAMEA/HUT  
 Confere com Original

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

**Dr. André Luis S. Nogueira**

MÉDICO

CRM-PI: 6930

<u>Assinatura Paciente ou Responsável:</u>	<u>FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA</u>
	CRM 3467 Em: 08/10/2019 22:39:55

# FICHA DE ADMISSÃO



## 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

Prontuário:	511389
Internação:	249248

Nome: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

End. Resid.: RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 03/08/1961	Idade: 58a2m5d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: VENDEDOR
Admissão: 17/05/2019	G. Instrução: Fundamental	Fone: 86-99584-8575	Cartão SUS (CNS): 706801780569323	Procedência: TERESINA

Pai: FRANCISCO DE ALCANTARA NETO

Mãe: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA

Cônjugue:

Responsável: O MESMO

End. Responsável: RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY  
TERESINA - PI

64000-010

Documento: RG: 471644 - SSPPI

Internou-se neste Hospital: ( ) Sim ( ) Não Internou Noutros Hospitais ( ) Sim ( ) Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO

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

## DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura da extremidade distal do rádio

C I D: S525

Principal:

C I D:

Intercorrência:

Sintomas e Sinais Principais:

Causa Mortis:

Hist. Patológico:

## TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPÉUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICACIA:
( ) Nenhum		Principal:	( ) Eficaz
( ) Médico			( ) Ineficaz
( ) Cirúrgico		Acessoria:	( ) Prejudicial
( ) Méd. Cirug.			( ) Não Avaliado

## DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
------------------	-------	------------	-------	----------------------

## ALTA SAÍDA:

ALTA SAÍDA:	TRANSFERÊNCIA:	OBITO:
( ) Curado ( ) A Pedido ( ) Por Indisciplina	( ) Tisiologia	( ) <=48 H, estado agônico ou pré-agônico
( ) Melhorado ( ) Int.P/Diagnóstico ( ) Evasão	( ) Psiquiatria	( ) <=48 H, SEM estado agônico ou pré-agônico
( ) Inalterado ( ) Decisão Médica ( ) P.Ambulatório	( ) Outros	( ) Após 48 horas de Internação

Em: 08/10/2019

Ass. Médico

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

5828856

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
706801780569323	GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA		03/08/1961	511389	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	86995848575	MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA	O MSMO		
CEP	ENDERECO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE		
	RUA 05		5561		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
VILA POTY			TERESINA	PI	

## PROCEDIMENTO PRINCIPAL

## DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL  
0308010019

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

## DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO  
0408020407

## DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA

CÓDIGO  
0308010019

## DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NÍVEL NÃO ESPECIFICADO | T111

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

## NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## CNS SOLICITANTE

201560410270004

## DATA SOLICITAÇÃO

08/10/2019

## AUTORIZAÇÃO

## NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TANIA MOREIRA AREA LEAO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

201560395290003

17/10/2019 16:27:37

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

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO 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**

249248

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**6 - Prontuário: **511389**7-CNS: **706801780569323**8-Nascimento: **03/08/1961**9-Sexo: **Masculino**RG: **471644 - SSEPI**11-Mae: **MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA**12-Fone: **86-99584-8575**13-Resp: **O MESMO**14-Cor: **Parda**15-Ender: **RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

**PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO**

21 - Condições que justificam a internação:

**NECESSIDADE DE CIRURGIA***Teresa Rosângela Pereira de Souza Lopes*Matrícula: **059234**

SAMU - HUT

Confesso com Origine!

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

**ADIOGRAFIA**

23-Diagnóstico Inicial:

**Fratura da extremidade distal do rádio**

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

**S525**

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408020407** 27-Procedimento Solicitado:**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**

Tempo SUS

*Dr. André Luís S. Nogueira*

2

29-Clinica:

30-Caráter: **Ident.****02****01****CPF****787.098.575-91***CRM-PI: 6930*

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

**RICARDO SOARES VALENÇA**

34-Data Solicitação:

**08/10/2019**

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

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

36-() Acidente de Trânsito37-() Acidente Trabalho Típico38-() 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-Documento:

49-Num. Documento:

 CNS  CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Gilberto Teixeira de Alcantara*Usuário: **(FERNANDO COUTO)**Consulta Local: **745527**

Consulta SUS:

Impressão: **08/10/2019 23:03:54**

## 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 706801780569323	NOME DO PACIENTE GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA	NASCIMENTO 03/08/1961	SEXO M	PRONTUÁRIO 511389
DOCUMENTO	TELEFONE 86995848575	NOME DA MÃE MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA	RESPONSÁVEL O MSMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA 05			NUMERO / LOTE 5561
BAIRRO VILA POTY	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO 221100 TERESINA		UF PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, RX ECIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EXAME CLÍNICO

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

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

## LEITO/CLÍNICA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER		DATA SOLICITAÇÃO	RICARDO SOARES VALENCIA
URGÊNCIA			CPF: 78709857591 CRM:
DATA ADMISSÃO 08/10/2019 22:27	DATA ALTA 09/10/2019 17:30	MOTIVO ALTA TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	

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

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  MARILEA DA SILVA LEAL CPF 80417574304 CRM 23-30-25	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA  CRM DATA ANALISE: 08/10/2019

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°: 69187 - Em: (09/10/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.:	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
249248	511389	GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA	03/08/1961	POSTO 2			JOSÉ FERREIRA NETO

Evolução:	Instável hemodinamicamente						
Horas:	08:00						

Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
	ORAL TIPO LIVRE								11h - Bm fala, na par-
1	GLICOSE 5% INF. 500ML - "SÓRIO GLICOSEADO" - MANTER ACESSO SE DOR REFRATÁRIA	1,00	Frasco	EV	24/24h				mácia parenteral
2	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	12/12h			medicação não admis-	
3	BRONOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML, SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h			mitades	
4	CAPTOPRIL 25MG SE PAD>160 OU PAD > 110 MMHG	1,00	Comprim	Oral	IN			12:00 - Medicamento indica-	
5	PARACETAMOL 500MG	1,00	Comprim	Oral	6/6h			13:00 (sem efeito)	

Observações Gerais:

14:30h - Aguardar paciente da cardiolopofilia para ressuscitar. Comunicar se telefônico. Socorremos no pronto-socorro

*Nicole*

*CRM: 1558*

*284.363*

14:30h - Transportado

*para HPM*

*Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo*  
Matrícula 0059234  
SAMEI HUT  
Confere com o Original

*José Ferreira Neto*  
CRM: 1558  
Pediatria



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>249248</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA</b>	6 - Prontuário: <b>511389</b>		
7-CNS: <b>706801780569323</b>	8-Nascimento: <b>03/08/1961</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>86-99584-8575</b>
10-Mãe: <b>MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA</b>			12-Fone: <b>86-99584-8575</b>
13-Resp: <b>O MESMO</b>			14-Fone: <b>86-99584-8575</b>
15-Ender: <b>RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - CEP: 64000-010</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408020407</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0308010019</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA</b>
22-CID Prin: <b>T111</b>	26-Diagnóstico: <b>Perimento do membro superior, nível não especificado</b>

38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	41-Ass. Carimbo Med. Bol. (CRM)
39-Data Solicitação: <b>08/10/2019</b>	40-No. doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF: <b>1</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>1</b>

(AMPARO LEAL)

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

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

\*NOME DO HOSPITAL: HPM\*ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*NOME: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA \*IDADE: 58 \*DN: 03/01/1961\*NOME DA MÃE: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA  
ENDEREÇO: TERESINA - PI.

CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

\*ID (Nº DO GESTOR SAÚDE): \_\_\_\_\_

\*CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SEM URGÊNCIA ( ) POUCO URGENTE ( ) URGENTE (X)  
MUITO URGENTE ( ) PRIORIDADE MÁXIMA ( )

### I = TRANSFERÊNCIA

\*CLÍNICO ( )

\*CIRÚRGICO (X)

QUADRO CLÍNICO:

Paciente internado com dor + edema em punho e

\*Pressão Arterial: 120 X 80 (mmHg) Saturação: 98 % Freq. Cardíaca: 80 (bpm)\*Freq. Respiratória: 15 (rpm) Uso de O2: SIM ( ) NÃO ( ) Nível de Consciência: 15\*Glicemia: 70 ISOLAMENTO: SIM ( ) NÃO ( )

EXAMES/RESULTADO:

Radiografia: dor: Fratura de radio distal  
engurado com desvio

\*DIAGNÓSTICO:

\*CID 10: S 525

FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

Tutor: Angelo Pereira de Souza

Matrícula: 059234

SAMU - HUT

Conferência: Original

\*TRATAMENTO REALIZADO:

CLÍNICO

\*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

NECESSITA DE CIRURGIA ORTOPEDICA

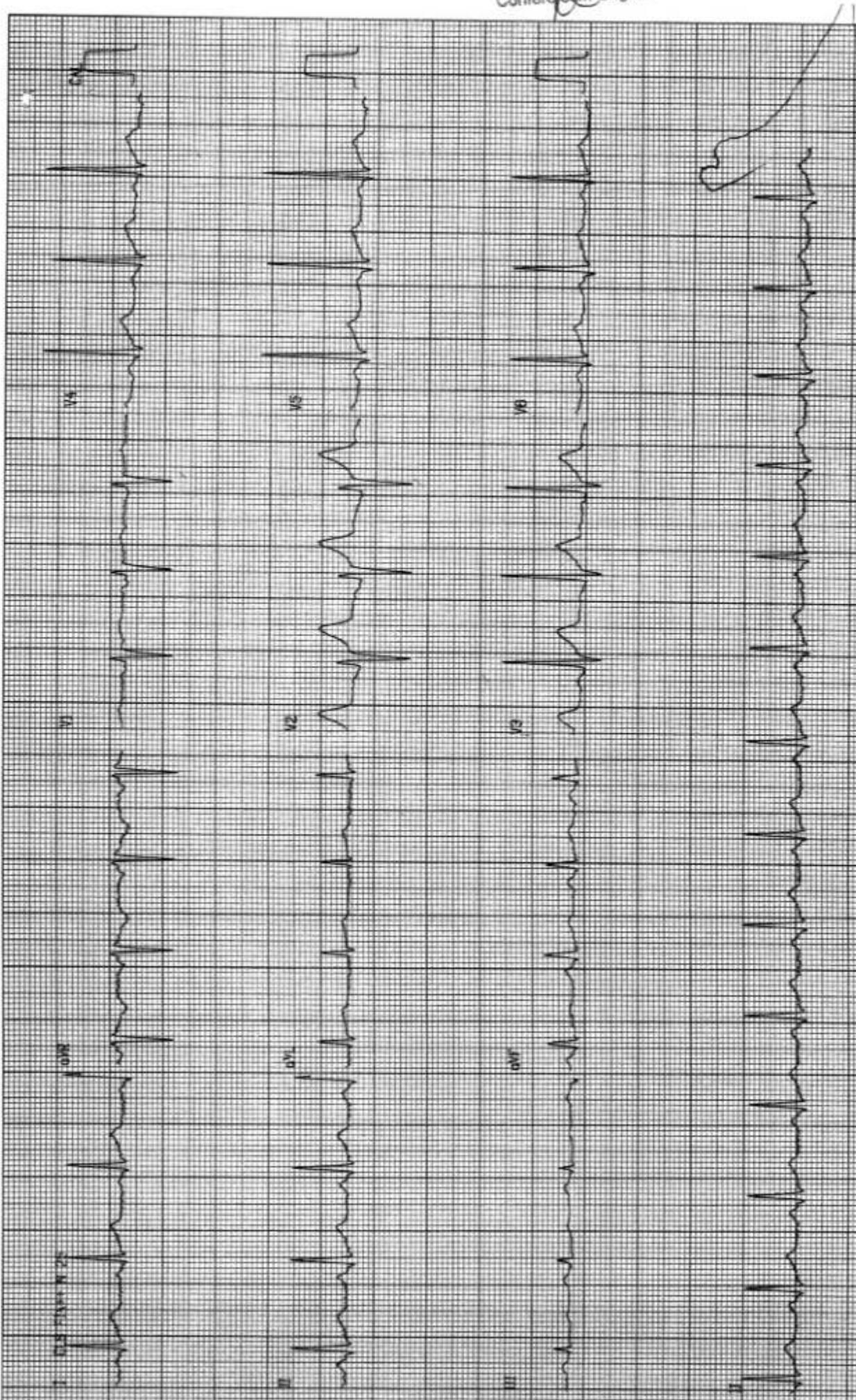
\*DATA: 03/10/19

Dr. Cláudio P. P.  
CRM: 04.25127/CEM - PR/2011

\* Ass. e carimbo do médico

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula 059234  
SAME - HUT  
Conferida com Original

Gilberto J. Ferreira Jr. Alcantra  
DN: 03/08/1981  
Realizado em 09/05/2019 às 08:45





## REQUISIÇÃO DE EXAMES

Req: 1010202

Paciente: **GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA** (Prontuário: 511389) (CNS: 706801780569323)  
 Endereço: **RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
 Nascimento: 03/08/1961 Idade: 58a2m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249248  
 Mãe: **MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA**  
 CPF: - - - RG: 471644 - SSPPI - 24/06/1986

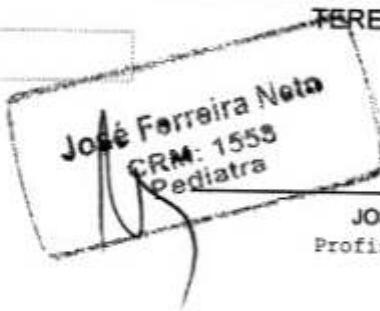
Solicitação: 09/10/2019 Solicitante: JOSE FERREIRA NETO

Convênio: SUS POSTO 2 SUPLEMENTAR EXTRA 05

### EXAMES:

Código:	Descrição:	Cod. SIA:	Tp.Registro:
1330621	* ELETROCARDIOGRAMA	0211020036	01

Dados Clínicos/Recomendações/Justificativa  
 pop

TERESINA - PI 09/10/2019  
  
 Jose Ferreira Neto  
 CRM: 1553  
 Pediatra  
 JOSE FERREIRA NETO  
 Profissional Solicitante

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
 Matrícula: 069234  
 SAMU - HUT  
 Conferência com Original

### AUTORIZAÇÃO (Se Aplicável)

CBO:	Nome do Profissional Autorizador:		Data Autorização:
/ /		/ /	
Cod. Órgão Emissor		Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA** (Prontuário: 511389)  
Endereço: RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 03/08/1961 Idade: 58a2m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745527  
Requisição: 1010103 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA  
Controle: 1330371 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 08/10/2019

#### PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura transversa completa recente na metáfise distal do rádio com desvio dorsal.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/10/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresina Augusto Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Confere com Digital

Teresina Augusto Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Confere com Original



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que  
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 23/12/14

Setor de Arquivo Técnico do HPMPI  
Geórgio Amorim da Silva - 1º Ten PMRR  
RGPM 107029-84/MAT. 012825-2  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico HPMPI

NOME DO PACIENTE: Gilberto Teixeira de Alcantara

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522432119

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTENúmero do Laudo: **250743**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Nascimento: 03/08/1961

**Procedimento:**0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA  
EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO**CID:**

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Data da Solicitação: 09/10/2019

Data da

Autorização: 09/10/2019 18:54:29

AIH.: 2219101973506

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM\_\_\_\_\_  
Autorizador**Operador:**

Atendimento (Data, Hora): 12/10/2019 16:29:19

*do juri*  
Georgina Rodrigues da Silva-Ten PM PR  
RCPM 107029-34/MAT-01245-2  
Chefe do Setor de Arquivo Terciário

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES  
2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
706801780569323	GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA		03/08/1961	M	522432
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	86995848575	MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA	RAIMUNDA ROSA CARVALHO ALCANTARA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
	RUA 05...		5561		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
VILA POTY			TERESINA		PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

09/10/2019 16:34:29 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE, COM DOR E EDEMA EM PUNHO ESQUERDO. RAIOS X EVIDENCIAM FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM DESVIO - SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA HPM PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA.

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

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

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S52 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

9408026-007 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

CARATER	DATA SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA	09/10/2019
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
09/10/2019 18:19	12/10/2019 13:20

LEANDRO PONCE LEAL  
CRM: 16778699841

CRM:

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

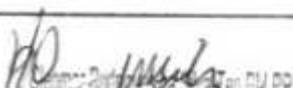
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARILEA DA SILVA LEAL CPF: 08617544864 CRM:	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

  
 Cadastra: Profissional de Enfermagem - PV PR  
 RGPM/101129-34/MAT, 012005-2  
 Chefe do Setor de Atend. Técnico HPM





**Polícia Militar do Piauí**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	<b>FICHA DE PRONTUÁRIO</b>			09/10/2019
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA			Pront.: 522432
IDEML OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 03/08/1961 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO			
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 1099365	Enfermaria: POSTO II	ENF 212 LEITO	Leito: 212
CLÍNICA	Pai:			
Médico Assistente	Mãe: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA			
Permanência	RG: 471644			
CLÍNICA	Residência:			
	JOSE PARENTE SAMPAIO Nr.: 5561 Cep: 64081090	Bairro: PARQUE POTI	Cidade: TERESINA	Telefone: 86 - 995848575

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Vítima de acidente motociclistico há 24h refere dor e edema no antebraço esquerdo. Encaminhado do HUT com RX de fratura radio distal esquerdo.

**DIAGNÓSTICO**

Provisório: Fratura de radio distal esquerdo	CID: S525	
Principais:	CID:	
Procedimento:	0408020407	
Sintomas e Sinais Principais Dor e edema a mobilização de antebraço esquerdo	Causa Médica	Histo - Patológico:

**TRATAMENTO**

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	Tratamento cirúrgico de fratura de radio distal esquerdo		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

**DURAÇÃO**

Data/Hora de Internação: 09/10/2019 18:42:52	Data da Alta: 12/10/2019	Data da Hospitalização: / /
---	-----------------------------	--------------------------------

**ALTA**

Saída	Transferência	Óbito	
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*De Clávis Henrique H. Sampaio  
Ortopedia / Traumatologia  
5036 - TOT: 15099*

*\*Humanizando e Cuidando Sua Saúde\**

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI . CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

*Assinatura do SGT-Ter PM PR  
RGP/M 107029-84/2017.012825-2  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico HPM*



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 11 / 10 / 19  
Nº DO PRONTUÁRIO 522832 SALA 05  
CÓD DA CIRURGIA: 04080

Descrição da Cirurgia:

- ① Opt em DDH sob efeito anestésico  
② Assepsie, antisepsie e asepsie do corpo, abres  
③ Realizado redução de fratura ~~ffe~~ com auxílio de rodelas  
copia intra-operatória  
④ Fixado fratura com 03 fígs de Kirschner 2,0 mm  
sob visão copia  
⑤ Observado bom alinhamento se hve reduções  
⑥ Curativo simple + tdo ombro-palmário  
⑦ Aos visitadores da RPA

Dr. Clávis  
Ortopedista  
CRM-PI: 5036 - TUT: 13029

Cirurgia: Tfo duplo de fratura de radio distal operado.

Cirurgião: Dr. Clávis

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Tiscen JOSE DE JESUS Machado  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-PI 628.734

Circulante:

Marciá Rejane

Téc. em Enfermagem  
COREN 650157-TE

Dr. Clávis  
Ortopedista  
CRM-PI: 5036 - TUT: 13029



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
*"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"*

PEDIDO: 170644

PACIENTE: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

NOME DA MÃE: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA

DATA DO NASCIMENTO: 03/08/1961

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 12/10/2019

DATA DO LAUDO: 16/10/2019

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

### **RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal, fixada com fios de Kirschner.

Traços de fratura com avulsão de fragmento ósseo no processo estiloide da ulna.

Superfícies articulares preservadas.

Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal, fixada com fios de Kirschner.

Traços de fratura com avulsão de fragmento ósseo no processo estiloide da ulna.

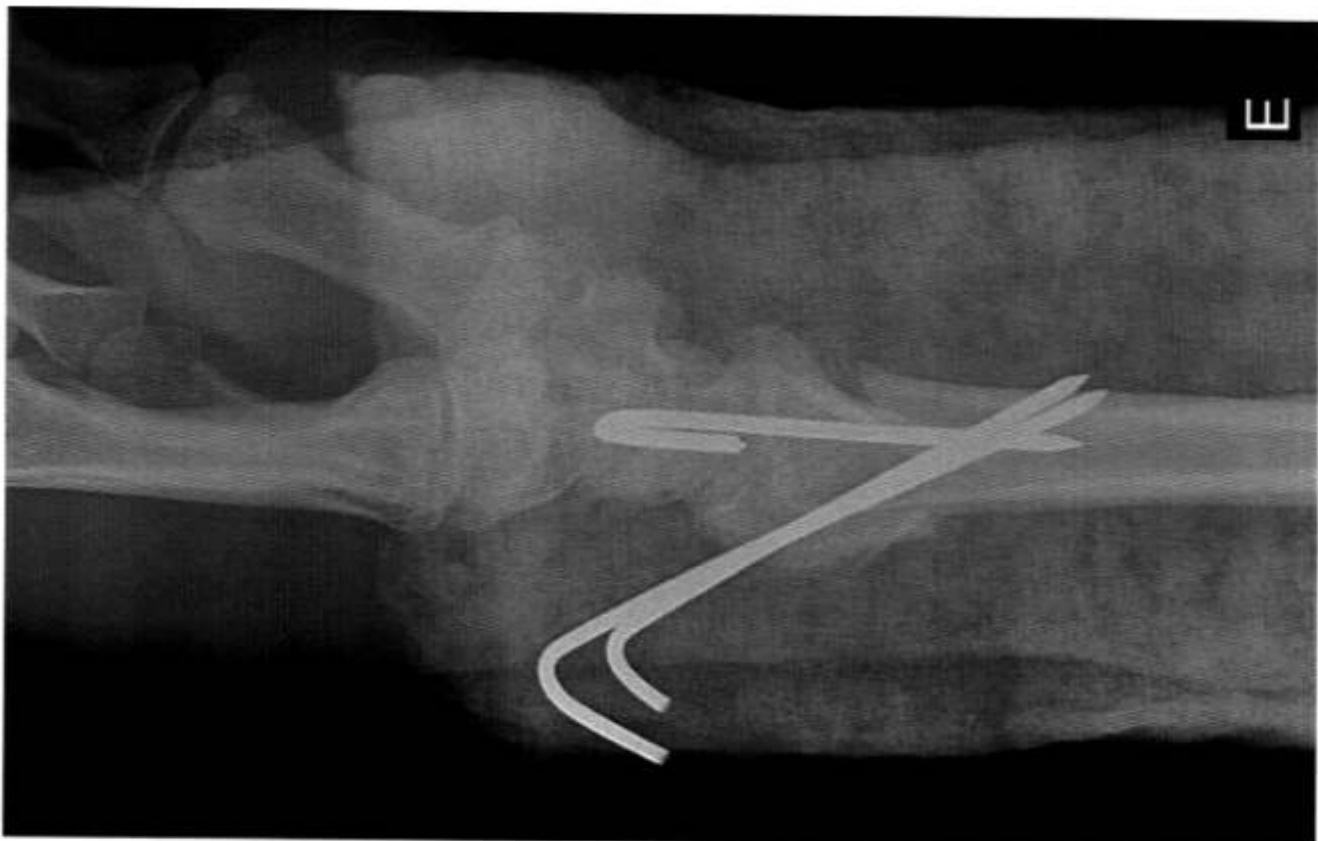
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.

OBS: Presença de imobilização gessada.

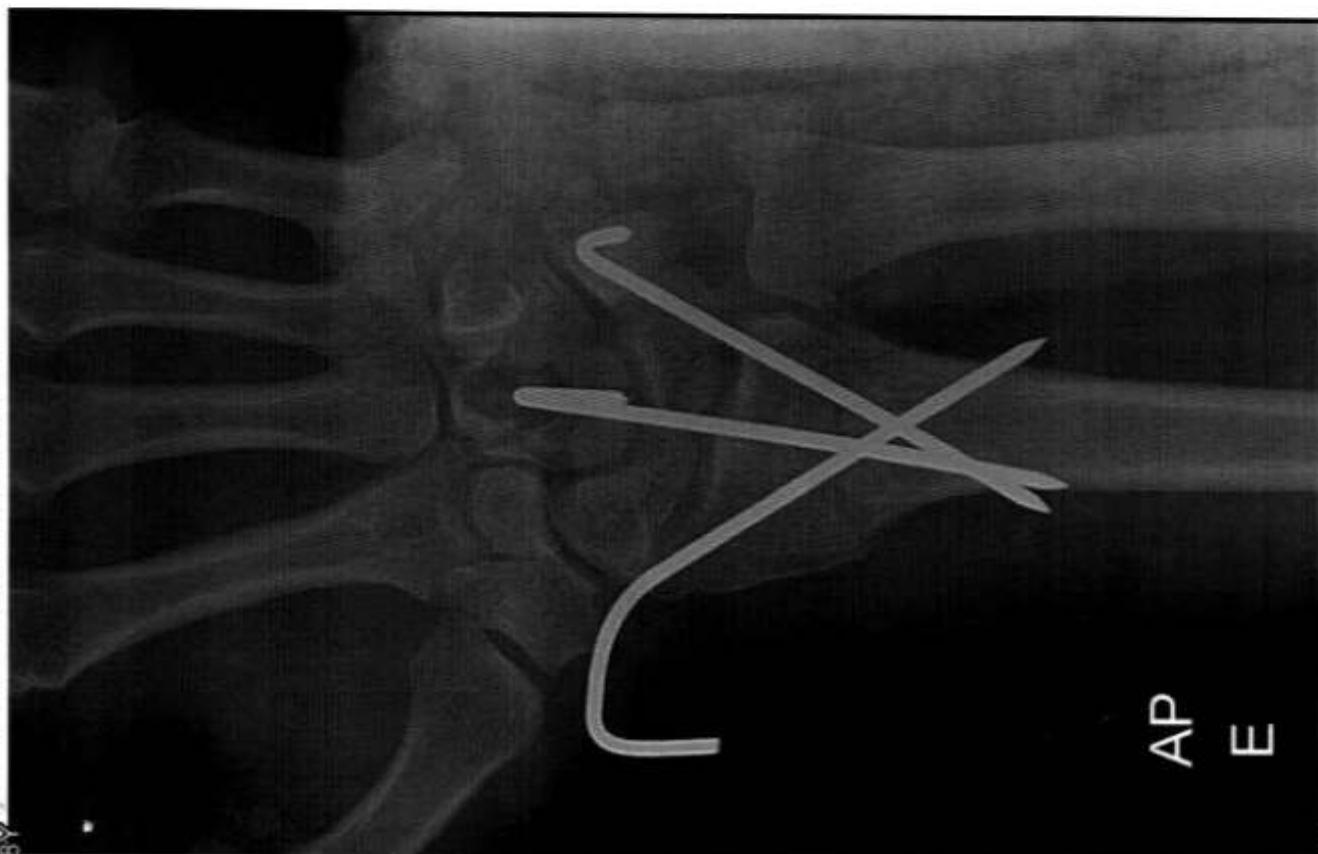
*DR. MESSIAS*  
CRM-PI 2869 - RQE 3048  
RGPM 07029-001/AT 012863-2  
Chefe do Setor de Atenção Técnica-PM

*Manoel Messias P. de Sousa*  
**DR. MANOEL MESSIAS P. DE SOUSA**  
**MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR**  
**CRM-PI 2869 - RQE 3048**

Dr.(a) **MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA**  
CRM: 2869



162  
Assistente de Sist.Tec.FT/PR  
RGPM 10712-MAAT, 01265-2  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico/PR



ID: 170644  
Paciente: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA  
Idade: 058Y  
Sexo: M

Hora: 08:46  
Data: 12/11/2010



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



1099365

BOLETIM DE ANESTESIA

JN: 03.08.61

DATA: 11 / 10 / 19  
N° DO PRONTUÁRIO 532439 SALA 08  
CÓD DA CIRURGIA: 0408020407

NAME: Gilberto Teixeira de Alcantara Sessão 11 ASA

PROCEDIMENTO: Fr. radio distal E. Apt/Env e Leito:  
CIRURGÃO: Clóvis AUX: ANEST: Terculon 1 GESTESIA: Bloq + 3  
INSER: 10/05 CIRC: Manoel INÍCIO: 10:20 PM: 11:00 SALA  
P.A. F.C. PESO: Hts Glucemia Creatina Respir.

11

## SEQUÊNCIA

SeO (%)  
ECG  
ECG (mmHg)

Xylococca sp.  
S/V ~ 1h  
Necocca sp.  
S/V - sp.  
AD - sp.  
(especially)  
Cinnabarinus  
Pantropical

MONTEZUMA

PROBLEMI DI DIFESA

A handwritten graph on grid paper showing a decreasing trend. The y-axis is labeled with values 280, 260, 240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, and 20. The x-axis is labeled with 'diff' and '1000000'. The data points are approximately (0, 280), (1, 260), (2, 240), (3, 220), (4, 200), (5, 180), (6, 160), (7, 140), (8, 120), (9, 100), (10, 80), (11, 60), (12, 40), and (13, 20).

10:30 11

OPERAÇÃO

### Técnicas Analíticas

18W

LICENCIAMENTO

ECG  
PAM  
PANE

10

10

100

Designs

### Medicamentos Utilizados

Adrenalina	Amp
Água dest. 10ml	Amp
Atropina	Amp
Bextra	Amp
Bromopropida	Amp
Cefazolina 1g	Fr
Cefotolina	Fr
Ciprofloxacinha	Fr
Cloridrín	Amp
colíde ( )	Fr
Dexametazone	Amp
Diazepam	Amp
Dinor	Amp
Dipirona	Amp

Dulatrina	_____	Amp
Droperidol	_____	Amp
Efentil	_____	Amp
Efetidim	_____	Amp
Entfurano	_____	ml
Fantani	_____	ml
Fantani (SC)	_____	Amp
Histotano	_____	ml
Hydrocortisone	_____	ml
Isoturano	_____	ml
Jetco n°	_____	Und
Udocaína	_____ %	V _____ fr
Metadocapramida	_____	Amp
Manitol	_____	Fr

Midacolam	Fr
Metronidazole	Fr
Neocaine Psa 0.5%	Amp
Narcan	Amp
Novabupi 0.5%	Fr
Nubain	Amp
Neocalma	% V Fr
Neocaine 0.5% Isobar	Amp
Neostigmine	Amp
Omeprazol	Fr
Ondansetron	Amp
Poloxa Cel	Fr
Pancuronium	Amp
Profenid	Fr

Propofol	ml	Amp
Ranitidina		Amp
Quelofin		Amp
Quetamina	ml	
Ramifentanil		Fr
Ringer lactato		Fr
S. Flisol 6g, 0,9% ml		Fr
S. Glicocand 5% ml		Fr
Scalp n°		Und
Tracur		Amp
Bradil		Fr
Imperial		Fr

Tracur  
Benzamil  
Benzodiazepine  
Ketamine  
Ketamine-CRM

333-37



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
**"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"**

**PEDIDO:** 170320  
**PACIENTE:** GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA  
**NOME DA MÃE:** MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA  
**DATA DO NASCIMENTO:** 03/08/1961  
**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM  
**DATA DA REALIZAÇÃO:** 10/10/2019  
**DATA DO LAUDO:** 21/10/2019  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

### **RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fratura completa, desalinhada, na metáfise distal do rádio, com desvio posterior da porção distal.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura completa, desalinhada, na metáfise distal do rádio, com desvio posterior da porção distal.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\* Área radiolucente, bem delimitada, com bordas escleróticas, na porção medular do capitato (cisto ósseo? outra etiologia?).

\*Correlacionar com dados clínicos.

*W. M.*  
Assinatura de Sra. Ten. H. R.  
RGPM 10109-84/041, 01205-2  
Chefe do Setor de Atend. Técnicos HPM

*Nayra Virginia S. Costa*

CRM-PI 3326

Dr.(a) **NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas - Teresina-PI  
CEP: 64.014-220 - CNPJ: 07.444.159/0002-25

Telefone: 3216-1528 / 3216-1529  
Whatsapp: 9.9443-6110



*W. M.*  
Sociedade Brasileira de Radiologia  
RCPM 107/02641547, 012675-2  
Cidade de São Paulo - São Paulo - SP

HPM



ID: 170329  
Paciente: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA  
Idade: 058Y  
Sexo: M

Horas: 0824  
Exame: 10/10/2019

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

JD. 95142

\*NOME DO HOSPITAL: HPM \*ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

## I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*NOME: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA \*IDADE: 58 \*DN: 03/08/1961  
\*NOME DA MÃE: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA  
ENDEREÇO: TERESINA - PI.  
CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
\*ID / Nº DO GESTOR SAÚDE:

\*CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SEM URGÊNCIA ( ) POUCO URGENTE ( ) URGENTE (X)  
MUITO URGENTE ( ) PRIORIDADE MÁXIMA ( )

## I = TRANSFERÊNCIA

\*CLÍNICO ( )

**\*CIRÚRGICO (X)**

## QUADRO CLINICO-

points return to ventral com  
down + down on pads &

\*Pressão Arterial: 120 x 70 (mmHg) Saturação: 98 % Freq. Cardíaca: 80 (bpm)  
\*Freq. Respiratória: 15 (rpm) Uso de O2: SIM  NÃO  Nível de Consciência: 15  
\*Glicemia: 80 ISOAMENTO: SIM  NÃO

## EXAMES/RESULTADO-

Radiografia local: Fratura de radio distal  
Enquanto com DESUO

**\*DIAGNÓSTICO:**

\*CID 10: S 525

Mr. J. J. C. G. S. T. T. D. P. P. R. R. R. S. P. M. 10.25.54.47. 012353-2  
Chells do S. 6. 1954. T. 1954. 1954.

**\*TRATAMENTO REALIZADO:**

## CLINICO

**\*MOTIVO DA TRANSEFERÊNCIA:**

NECESSITA DE CIRURGIA ORTOPEDICA

\*DATA: 09 / 10 / 19

Dr. C. C. C. M. 1000

\* Ass. e carimbo do médico

# RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO - CARDIOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO  
 NOME Alberto Texeira de Araújo IDADE: 58 SEXO: (M) F DATA: 17/10/04  
 CIRURGIA PROPOSTA:  
 REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)  
 1. Cirurgia anterior ( ) 2. AVC ( ) 3. Alergia medicamentosa ( ) 4. Diabetes ( ) 5. D. da Art. Cere. ( ) 6. D. da Art. Cere. ( ) 7. TBC ( )  
 8. D. da Pulmonar ( ) 9. HAS ( ) 10. IAM ( ) 11. Asma ( ) 12. DPOC ( ) 13. T.B. ( ) 14. Fumo ( ) 5. Feumatóide ( )  
 15. D. da de Chagas ( ) 16. Uso medic. ( ) 17. DUAP ( ) 18. D. da Renal ( ) 19. D. da Renal ( ) 20. Anemia ( ) 21. Dist. Coagulacion  
 22. Outros ( )

COMENTÁRIOS: Exame cardíaco: R. de 130/80 d. de alta pressão  
ECG normal

EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL  
 a) ESTADO GERAL: BOM ( ) Regular ( ) Precário ( ) Dispneia ( ) Ictíneo ( )  
 Cianótico ( ) Mucosa Descoradas ( ) Edema ( ) PVJ Elevada ( )  
 b) APARELHO RESPIRATÓRIO: Expansibilidade \_\_\_\_\_ MV: \_\_\_\_\_ FTV: \_\_\_\_\_  
 Ruídos adventícios SIM ( ) NÃO ( )  
 c) APARELHO CIRCULATÓRIO: PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg Pulsos: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_  
 inspeção e Palpação: Ausculta: RC: \_\_\_\_\_ Bullhas: \_\_\_\_\_  
 Sopros: Outros achados: \_\_\_\_\_ MMII: \_\_\_\_\_

#### 4. ABDOMEN - PELVE

#### 5. INDÍCIAIS DE REFERÊNCIA

##### 5.1. INDÍCIO DE RISCO CARDÍACO (DESTSKY, 1986)

- (1) Dolor torácico agudo do miocárdio nos últimos 6m
- (2) Dolor agudo do miocárdio há mais de 6m
- (3) Angina classe III (CCS\*), limitação importante às atividades físicas diárias
- (4) Angina classe IV (CCS), angina aos mínimos esforços ou repouso
- (5) Angina instável nos últimos 6m
- (6) Edema pulmonar na última semana

- (5.) Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m
- (20.) Estenose aórtica crítica
- (5.) ECG recente com ritmo não-sinusais e sístole atrial
- (5.) ECG com mais de 5 extra-sístoles no passado
- (5.) Estado Geral precário
- (5.) Idade > 70 anos
- (10.) Cirurgia de Emergência

\*CCS: Canadian Cardiovascular Society

(< 15 pts.) Baixo risco de complicações ( > 15 pts.) Alto Risco de complicações

#### CONCLUSÃO

##### 5.2. NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I: Ind. com d. Cardiada sem limitação da atividade física
- CLASSE II: Ind. com d. Cardiada com pequena limitação da atividade física
- CLASSE III: Ind. com d. Cardiada com importante limitação da atividade física
- CLASSE IV: Ind. com d. Cardiada e incapaz de fazer atividade física

#### CONCLUSÃO

##### 5.3. AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGY (ASA)

- ASA I: Ind. Saudável
- ASA II: Ind. com d. Sistêmica discreta
- ASA III: Ind. com d. Sistêmica grave/limitação ativ. / não incapacitante
- ASA IV: Moribundo, sem esperança de sobrevida p/24hrs c/ ou s/ cirurgia

#### CONCLUSÃO

##### 5.4. INDÍCIO DE RISCO CARDÍACO - GOLDMAN E COL (1997)

- 1. História: (a) Ind. > 70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
- 2. Ex. Físico: (a) Cálculo ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)
- 3. ECG: (a) Rítmo não-sinusal / BAP (7pt) (b) BVP + 5min (7pt)
- 4. Estado geral: PaO<sub>2</sub> < 60 / PaCO<sub>2</sub> > 50 / k < 3 / Creatin > 3 / TGO / TGP anormal / nef / Hepática - Ind. acamado

ÍNDICE: GRUPO I (0-5pt) complicações não-fatais 0,7% fatais 0,2%

GRUPO I: (0-12pt)	5%	2%
GRUPO II: (13-25pt)	11%	2%
GRUPO III: (26-45pt)	22%	56%

Encontrado → risco cardíaco elevado

metr. x = curva f

Dr. José Rosino de Araújo R. Reis  
 Clínica Médica - Cardiologia  
 CRM-PR 0.118 - CRM-MA 3.411  
 RQE 03667 / CNES 201.2604.1009.0000

RG/04/10/04-04/04/04/04  
 Chefe do Setor de Arquivo Técnico / CRM-PR





# 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 : GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Registro: 11670983

Id,Sx : 58a , M

Clinica: P02

Pedido: 5040957

Origem : HUT-HUT

Médico: JOSE FERREIRA NETO

Destino: HUT

Emissão: 09/10/2019 às 10:45

Cadastro: 09/10/2019 às 09:10

Coletado em 09/10/2019 às 09h 26min

Liberado em 09/10/2019 às 10h 12min

### GLICOSE

RESULTADO : 98 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA: 70 a 110 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CRF-PI-746

Coletado em 09/10/2019 às 09h 26min

Liberado em 09/10/2019 às 10h 12min

### URÉIA

RESULTADO: 26 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA 10 a 50 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CRF-PI-746

Coletado em 09/10/2019 às 09h 26min

Liberado em 09/10/2019 às 10h 12min

### CREATININA

RESULTADO: 0.8 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA

Método: Automação

Homens : 0,7 a 1,3 mg/dL

Material: SORO

Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dL

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CRF-PI-746

Dr. Zenon Rocha  
RGPM 101.029-34 MAT. 012.025-2  
Chefe do Setor de Atividade Técnica HPM



# HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

## Laboratório Dr. Zenon Rocha

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

Fl. 2/3

Nome : GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Registro: 11670983

Id, Sx : 58a , M

Clinica: P02

Pedido: 5040957

Origem : HUT-HUT

Médico: JOSE FERREIRA NETO

Destino: HUT

Emissão: 09/10/2019 às 10:45

Cadastro: 09/10/2019 às 09:10

Coletado em 09/10/2019 às 09h 25min

Liberado em 09/10/2019 às 09h 51min

### HEMOGRAMA COMPLETO

#### ERITOGRAMA

Hemácias	4.11 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	13.9 g/dL
Hematócrito	41.9 %
V.C.M.	101.9 fL
H.C.M.	33.8 uug
C.H.C.M.	33.2 g/dL
R.D.W.	14.2 %

#### VALORES DE REFERÊNCIA

	Homem	Mulher
4.50 a 6.50	3.90 a 5.60	
13.50 a 18.00	11.50 a 16.40	
40.00 a 54.00	36.00 a 47.00	
76,00 a 96,00		
27,00 a 32,00		
32,00 a 36,00		
11,60 a 14,80		

Observações:

#### LEUCOGRAMA

Leucócitos	12000 mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	8160 mm <sup>3</sup> 68.0 %
Segmentados	8160 mm <sup>3</sup> 68.0 %
Bastões	0 mm <sup>3</sup> 0 %
Metamielócitos	0 mm <sup>3</sup> 0 %
Mielócitos	0 mm <sup>3</sup> 0 %
Promielócitos	0 mm <sup>3</sup> 0 %
Eosinófilos	1200 mm <sup>3</sup> 10 %
Basófilos	0 mm <sup>3</sup> 0.0 %
Linfócitos	1560 mm <sup>3</sup> 13.0 %
Monócitos	1080 mm <sup>3</sup> 9.0 %

#### VALORES DE REFERÊNCIA

	Adultos	4 a 7 anos	8 a 13 anos
	: 4.000 a 10.000	: 6.000 a 15.000	
			: 4.500 a 13.000
			: 2.300 a 7.500 mm <sup>3</sup>
			: 40 a 75 %
			: -
			: 40 a 75 %
			: 45 a 230 mm <sup>3</sup>
			: 1 a 3 %
			: -
			: 0 a 1 %
			: -
			: 0
			: 40 a 330 mm <sup>3</sup>
			: 1 a 6 %
			: 1 a 100 mm <sup>3</sup>
			: 0 a 1 %
			: 1.500 a 3.500 mm <sup>3</sup>
			: 20 a 45 %
			: 200 a 800 mm <sup>3</sup>
			: 2 a 10 %

Observações:

#### LEUCÓCITOS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

Contagem de PLAQUETAS 296000 mm<sup>3</sup>

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm<sup>3</sup>

Observações

Método: Automação

Material: SANGUE TOTAL

*DR. JES*  
Liberado por Dr. Zenon Rocha  
RG: 107.029-34 MAT: 0136132  
Chefe do Setor de Análise Técnica/PI

*R. S.*

Liberado por Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

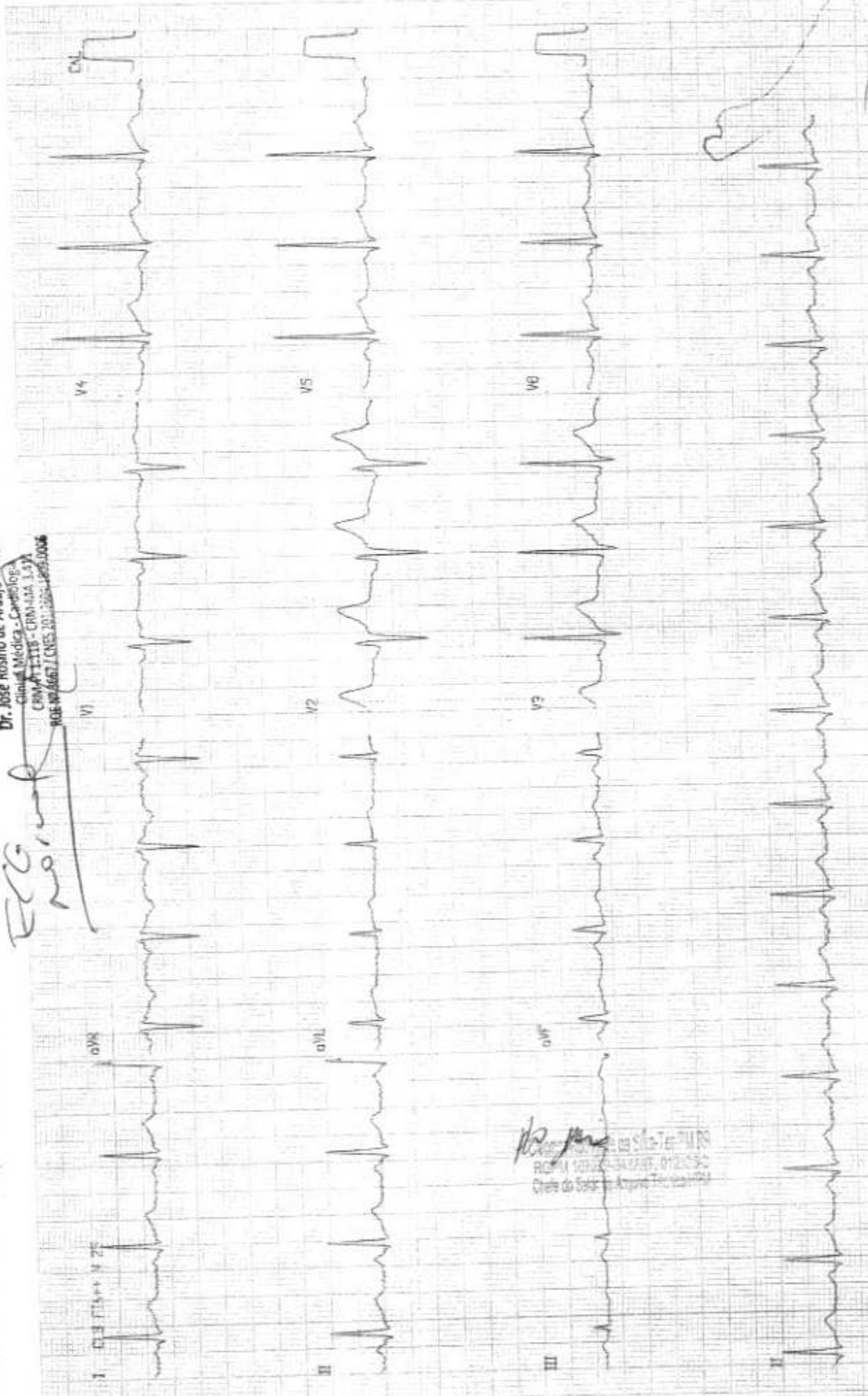


discreto. Téxto de Alvaro  
do G3/03/1981 08:45

DATA: 09/01/2001 08:45  
PAC: 63/03/1981

Dr. José Rosino de Araújo R. Reis

Clinica Médica - Cardiologia  
CRM/PI/118 - CRM/MS/3431  
RG: 000677 GNE: 2011200100000006





# HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

## Laboratório Dr. Zenon Rocha

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

Nome : GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA  
Id,Sx : 58a , M  
Pedido: 5040957  
Médico: JOSE FERREIRA NETO  
Emissão: 09/10/2019 às 10:45

Fl. 2/3  
Registro: 11670983  
Clinica: P02  
Origem : HUT-HUT  
Destino: HUT  
Cadastro: 09/10/2019 às 09:10

Coletado em 09/10/2019 às 09h 25min

Liberado em 09/10/2019 às 09h 51min

### HEMOGRAMA COMPLETO

#### ERITROGRAMA

Hemácias 4.11 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina 13.9 g/dL  
Hematócrito 41.9 %  
V.C.M. 101.9 fl  
H.C.M. 33.8 uug  
C.H.C.M. 33.2 g/dL  
R.D.W. 14.2 %

Observações:

#### VALORES DE REFERÊNCIA

	Homem	Mulher
Hemácias	4,50 a 6,50	3,90 a 5,80
Hemoglobina	13,60 a 16,00	11,50 a 16,40
Hematócrito	40,00 a 54,00	36,00 a 41,00
V.C.M.	76,00 a 96,00	
H.C.M.	27,00 a 32,00	
C.H.C.M.	32,00 a 36,00	
R.D.W.	11,60 a 14,80	

#### LEUCOGRAMA

Leucócitos 12000 mm<sup>3</sup>  
Neutrófilos 8160 mm<sup>3</sup> 68.0 %  
Segmentados 8160 mm<sup>3</sup> 68.0 %  
Bastões 0 mm<sup>3</sup> 0 %  
Metamielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0 %  
Mielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0 %  
Promielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0 %  
Eosinófilos 1200 mm<sup>3</sup> 10 %  
Basófilos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
Linfócitos 1560 mm<sup>3</sup> 13.0 %  
Monócitos 1080 mm<sup>3</sup> 9.0 %

Observações:

#### LEUCÓCITOS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

#### VALORES DE REFERÊNCIA

	Adultos	4 a 7 anos	8 a 13 anos	40 a 75 %	40 a 75 %
Leucócitos	4.000 a 10.000				
Neutrófilos		6.000 a 15.000			
Segmentados	2.300 a 7.500 mm <sup>3</sup>		4.500 a 13.000		
Bastões			-	40 a 75 %	
Metamielócitos			45 a 230 mm <sup>3</sup>	1 a 3 %	
Mielócitos			-	0 a 1 %	
Promielócitos			-	0	
Eosinófilos		40 a 330 mm <sup>3</sup>	1 a 5 %		
Basófilos		1 a 100 mm <sup>3</sup>	0 a 1 %		
Linfócitos	1.500 a 3.500 mm <sup>3</sup>		20 a 45 %		
Monócitos	200 a 800 mm <sup>3</sup>		2 a 15 %		

Contagem de PLAQUETAS 296000 mm<sup>3</sup>

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm<sup>3</sup>

Observações:

Método: Automação  
Material: SANGUE TOTAL

Dr. Zenon Rocha - M.D. - M.B.B.S.  
RG/M 107120-0-00017 3124552  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico/PI

Liberado por: Risemberg Soárez Pereira - CRM-PI-489



# HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

## Laboratório Dr. Zenon Rocha

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

Fl. 3/3

Nome : GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Registro: 11670983

Id,Sx : 58a , M

Clinica: P02

Pedido: 5040957

Origem : HUT-HUT

Médico: JOSE FERREIRA NETO

Destino: HUT

Emissão: 09/10/2019 às 10:45

Cadastro: 09/10/2019 às 09:10

Coletado em 09/10/2019 às 09h 26min

Liberado em 09/10/2019 às 12h 42min

### TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo de Protrombina:	13.2	80 %
Controle :	11.6	100 %
I.N.R.	1.14	
I.S.I.	1.03	Até 1,5

VALORES DE REFERÊNCIA

Método: Quick  
Material: PLASMA

A tabela abaixo destina-se exclusivamente como orientação ao clínico.

Nível de INR terapêutico recomendado segundo a Soc. Britânica de Hematologia.

INDICAÇÃO	INR RECOMENDADO
Profilaxia de trombose venosa profunda incluindo cirurgia de alto risco.	2,0 a 2,5
Tratamento de trombose venosa profunda. Embolia pulmonar.	2,0 a 2,5
Ataque isquêmico transitório.	2,0 a 2,5
Trombose venosa profunda recorrente. Embolia pulmonar recorrente. Doença arterial, incluindo infarto agudo do miocárdio.	2,5 a 3,5
Valvulas cardíacas mecânicas e transplante de artérias.	2,5 a 3,5

Ref: William J.Williams, Hematology, 1993, 1769 J.Hirsh, J.E.Dalen, D.Deykin, L.Pulier, Oral anticoagulants: mechanism of action, Chest 102, 1997,3128-3265.

Liberado por: Hisemberg Soárez Pereira - CRF-PI-169

Georgina Soárez de Sá-Teixeira  
RQEPM 107023-M/AT, 01255-2  
Chefe do Setor de Aquecimento/HPM



Sr(a). GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 08/10/2019  
BO =000244/2020

HD=FRATURA DO RADIO DISTAL E  
FEITO OSTE OSSINTSESE DE FRATURA  
DO RADIO DISTAL E

EF =DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO E  
ATROFIA MUSCULAR EM MSE  
F+E = 45 GRAUS

RX PUNHO E = FRAT RADIO DISTAL E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA  
COM PERDA DE 50 % EM PUNHO E

Teresina 29 de Janeiro de 2020

Dr. Edmar de Souza Lima Júnior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRM-MG 329  
TEOT 805

Dr. Edmar de S Lima Júnior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2313-PI

UNIDADE JOQUEI  
AV. AVIADOR  
IRAPUÃ ROCHA  
(86) 3302-1333

UNIDADE BARÃO  
AV. BARÃO DE GURUÉIA 3450  
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU  
AV. JOSÉ FRANCISCO DE  
ALMEIDA NETO 2650  
(86) 3236-550



Fundação Municipal de Saúde

**SUS**

17 577 205 / 0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde N° 2810  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

De: UPA - RENASCENÇA	Para: HUT/HU/HPM (ORTOPEDIA)
PACIENTE: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA	
Registro:	
PACIENTE, 58 ANOS, SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EVIDENCIADA FRATURA DO RÁDIO DISTAL COM DESVIO. ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.	
HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL E	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo
CID: S 52.5	
TERESINA-PI, 08/10/2019 ÀS 19:30	

Dr. Neomar Soárez da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 4237 / ROE 2637  
TEOT 1.1747

**FICHA DE RETORNO**

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAMU HUT Confere com Original	
TERESINA-PI _/_/_	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



NOME DO PACIENTE: Gilberto Góisreiro de Alcântara

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 511389

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 868234  
SAME / HUT  
Confere com o Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 08/10/2019 22:39:56  
 User: FERNANDO COUTO  
 (Estação: GESS002)

<u>Nome:</u> <b>GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA</b>		<u>Prontuário:</u> <b>511389</b>
<u>Mãe:</u> MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA		<u>Pai:</u> FRANCISCO DE ALCANTARA NETO
<u>End. Resid.:</u> RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 03/08/1961	<u>Idade:</u> 58a2m5d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>Fone:</u> 86-99584-8575
<u>Profissão:</u> VENDEDOR		<u>CNS:</u> 706801780569323
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>Documento:</u> RG: 471644 - SSPPI
		<u>E.Civil:</u> Casado(a)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> <b>745527</b>	<u>Entrada:</u> <b>08/10/2019 22:27:45</b>	<u>Convênio:</u> <b>S U S</b>	<u>Proced:</u> <b>0301060061</b>
<u>Motivo da Procura</u> <u>(Conforme Paciente/Acomp):</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		<b>Indefinido</b>
<u>Breve História Clas. Risco:</u>		

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora:</u> <b>_____</b> : <b>_____</b> )								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉:	bpm	Pressão:	mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

tx: traum distal da mão com desor

cd: internação n/ho amigas

086-2100  
 TEC  
 1100  
 1100  
 1100

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>CID:</u>
Úlcera de córnea	H160

<u>Exames Complementares:</u>
(1330371) - PUNHO ESQUERDO

<u>Prescrição Médica:</u>
---------------------------

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
 Matrícula: 059234  
 SAMEA/HUT  
 Confere com Original

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

**Dr. André Luis S. Nogueira**

MÉDICO

CRM-PI: 6930

<i>Gilberto Teixeira de Alcantara</i>
---------------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA  
 CRM 3467 Em: 08/10/2019 22:39:55

# FICHA DE ADMISSÃO



## 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

Prontuário:	511389
Internação:	249248

Nome: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

End. Resid.: RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 03/08/1961	Idade: 58a2m5d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: VENDEDOR
Admissão: 17/05/2019	G. Instrução: Fundamental	Fone: 86-99584-8575	Cartão SUS (CNS): 706801780569323	Procedência: TERESINA

Pai: FRANCISCO DE ALCANTARA NETO

Mãe: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA

Cônjugue:

Responsável: O MESMO

End. Responsável: RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY  
TERESINA - PI

64000-010

Documento: RG: 471644 - SSPPI

Internou-se neste Hospital: ( ) Sim ( ) Não Internou Noutros Hospitais ( ) Sim ( ) Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO

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

## DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura da extremidade distal do rádio

C I D: S525

Principal:

C I D:

Intercorrência:

Sintomas e Sinais Principais:

Causa Mortis:

Hist. Patológico:

## TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPÉUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICACIA:
( ) Nenhum		Principal:	( ) Eficaz
( ) Médico			( ) Ineficaz
( ) Cirúrgico		Acessoria:	( ) Prejudicial
( ) Méd. Cirug.			( ) Não Avaliado

## DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
------------------	-------	------------	-------	----------------------

## ALTA SAÍDA:

ALTA SAÍDA:	TRANSFERÊNCIA:	OBITO:
( ) Curado ( ) A Pedido ( ) Por Indisciplina	( ) Tisiologia	( ) <=48 H, estado agônico ou pré-agônico
( ) Melhorado ( ) Int.P/Diagnóstico ( ) Evasão	( ) Psiquiatria	( ) <=48 H, SEM estado agônico ou pré-agônico
( ) Inalterado ( ) Decisão Médica ( ) P.Ambulatório	( ) Outros	( ) Após 48 horas de Internação

Em: 08/10/2019

Ass. Médico

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

5828856

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
706801780569323	GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA		03/08/1961	511389	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	86995848575	MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA	O MSMO		
CEP	ENDERECO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE		
	RUA 05		5561		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
VILA POTY			TERESINA	PI	

## PROCEDIMENTO PRINCIPAL

## DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL  
0308010019

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

## DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO  
0408020407

## DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA

CÓDIGO  
0308010019

## DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NÍVEL NÃO ESPECIFICADO | T111

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

## NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## CNS SOLICITANTE

201560410270004

## DATA SOLICITAÇÃO

08/10/2019

## AUTORIZAÇÃO

## NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TANIA MOREIRA AREA LEAO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

201560395290003

17/10/2019 16:27:37

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

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO 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**

249248

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA**6 - Prontuário: **511389**7-CNS: **706801780569323**8-Nascimento: **03/08/1961**9-Sexo: **Masculino**RG: **471644 - SSEPI**11-Mae: **MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA**12-Fone: **86-99584-8575**13-Resp: **O MESMO**14-Cor: **Parda**15-Ender: **RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

**PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO**

21 - Condições que justificam a internação:

**NECESSIDADE DE CIRURGIA***Teresa Rosângela Pereira de Souza Lopes*Matrícula: **059234**

SAMU - HUT

Confesso com Origine!

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

**ADIOGRAFIA**

23-Diagnóstico Inicial:

**Fratura da extremidade distal do rádio**

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

**S525**

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408020407** 27-Procedimento Solicitado:**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**

Tempo SUS

*Dr. André Luís S. Nogueira*

CRM-PI: 6930

29-Clinica:

30-Caráter: **Ident.****02****01****CPF****787.098.575-91**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

**RICARDO SOARES VALENÇA**

34-Data Solicitação:

**08/10/2019**

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

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

36-() Acidente de Trânsito37-() Acidente Trabalho Típico38-() 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-Documento:

49-Num. Documento:

 CNS  CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Gilberto Teixeira de Alcantara*Usuário: **(FERNANDO COUTO)**Consulta Local: **745527**

Consulta SUS:

Impressão: **08/10/2019 23:03:54**

## 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 706801780569323	NOME DO PACIENTE GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA	NASCIMENTO 03/08/1961	SEXO M	PRONTUÁRIO 511389
DOCUMENTO	TELEFONE 86995848575	NOME DA MÃE MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA	RESPONSÁVEL O MSMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA 05			NUMERO / LOTE 5561
BAIRRO VILA POTY	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO 221100 TERESINA		UF PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, RX ECIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EXAME CLÍNICO

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

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

## LEITO/CLÍNICA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER		DATA SOLICITAÇÃO	RICARDO SOARES VALENCIA
URGÊNCIA			CPF: 78709857591 CRM:
DATA ADMISSÃO 08/10/2019 22:27	DATA ALTA 09/10/2019 17:30	MOTIVO ALTA TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  MARILEA DA SILVA LEAL CPF 80417574304 CRM	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA  DATA ANALISE: 08/10/2019 23:30:25
CPF	CRM

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**PRESCRIÇÃO MÉDICA No. : 69187 - Em: (09/10/2019)**

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
249248	511389	GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA	03/08/1961	POSTO 2	JOSE FERREIRA NETO

Evolução:	Instável hemodinamicamente				
Horas:	08:00				

Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo Livre								11h - Um pote, na far
1	GLICOSE 5% INF. 500ML - "SÓRIO GLICOSEADO" - MANTER ACESSO	1,00	Frasco	EV	24/24h				mácia parenteral
2	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR REFRATÁRIA	1,00	Ampola	EV	12/12h				medicação não admis
3	BRONOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE NAUSEAS OU VÓMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				mitades
4	CAPTOPRIL 25MG SE PAD>160 OU PAD > 110 MMHG	1,00	Comprim	Oral	IN				12:00 - Medicamento indica
5	PARACETAMOL 500MG	1,00	Comprim	Oral	6/6h				( sem efeito )

Observações Gerais:

• fcc  
• frigidez  
• dor com dor

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo  
Matrícula 0059234  
SAMU HUT  
Confere com Original

14:30h - Aguardar  
Unidade da cardiol  
Lechia para seu  
lirurgico. Comunic  
se telefônico. Socor  
em aero no muni  
cípio

Aldeir  
CRM: 1558  
Pediatria

CRM: 284.363

17:30h - Transportado  
para HPM



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>249248</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA</b>	6 - Prontuário: <b>511389</b>
7-CNS: <b>706801780569323</b>	8-Nascimento: <b>03/08/1961</b>
9-Mãe: <b>MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>
10-Resp: <b>O MESMO</b>	11-Fone: <b>86-99584-8575</b>
12-Ende: <b>RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - CEP: 64000-010</b>	13-Fone: <b>86-99584-8575</b>
14-Munic: <b>TERESINA</b>	15-Cod.IBGE: <b>221100</b>
	16-UF: <b>PI</b>
	17-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408020407</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0308010019</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA</b>
22-CID Prin: <b>T111</b>	23-Diagnóstico: <b>Perimento do membro superior, nível não especificado</b>

38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	41-Ass. Carimbo Med. Bol. (CRM)
39-Data Solicitação: <b>08/10/2019</b>	40-No. doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO COM DESVIO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:  / /	48-CNS/CPF:  /
50-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51-Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:  / /	52-CNS/CPF:  /

(AMPARO LEAL)

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

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

\*NOME DO HOSPITAL: HPM\*ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*NOME: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA \*IDADE: 58 \*DN: 03/01/1961\*NOME DA MÃE: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA  
ENDEREÇO: TERESINA - PI.

CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

\*ID (Nº DO GESTOR SAÚDE): \_\_\_\_\_

\*CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SEM URGÊNCIA ( ) POUCO URGENTE ( ) URGENTE (X)  
MUITO URGENTE ( ) PRIORIDADE MÁXIMA ( )

### I = TRANSFERÊNCIA

\*CLÍNICO ( )

\*CIRÚRGICO (X)

QUADRO CLÍNICO:

Paciente internado com dor + edema em punho e

\*Pressão Arterial: 120 X 80 (mmHg) Saturação: 98 % Freq. Cardíaca: 80 (bpm)\*Freq. Respiratória: 15 (rpm) Uso de O2: SIM ( ) NÃO ( ) Nível de Consciência: 15\*Glicemia: 70 ISOLAMENTO: SIM ( ) NÃO ( )

EXAMES/RESULTADO:

Radiografia: dor: Fratura de radio distal  
engurado com desvio

\*DIAGNÓSTICO:

\*CID 10: S 525

FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

Tutor: Angelo Pereira de Souza

Matrícula: 059234

SAMU - HUT

Conferência: Original

\*TRATAMENTO REALIZADO:

CLÍNICO

\*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

NECESSITA DE CIRURGIA ORTOPEDICA

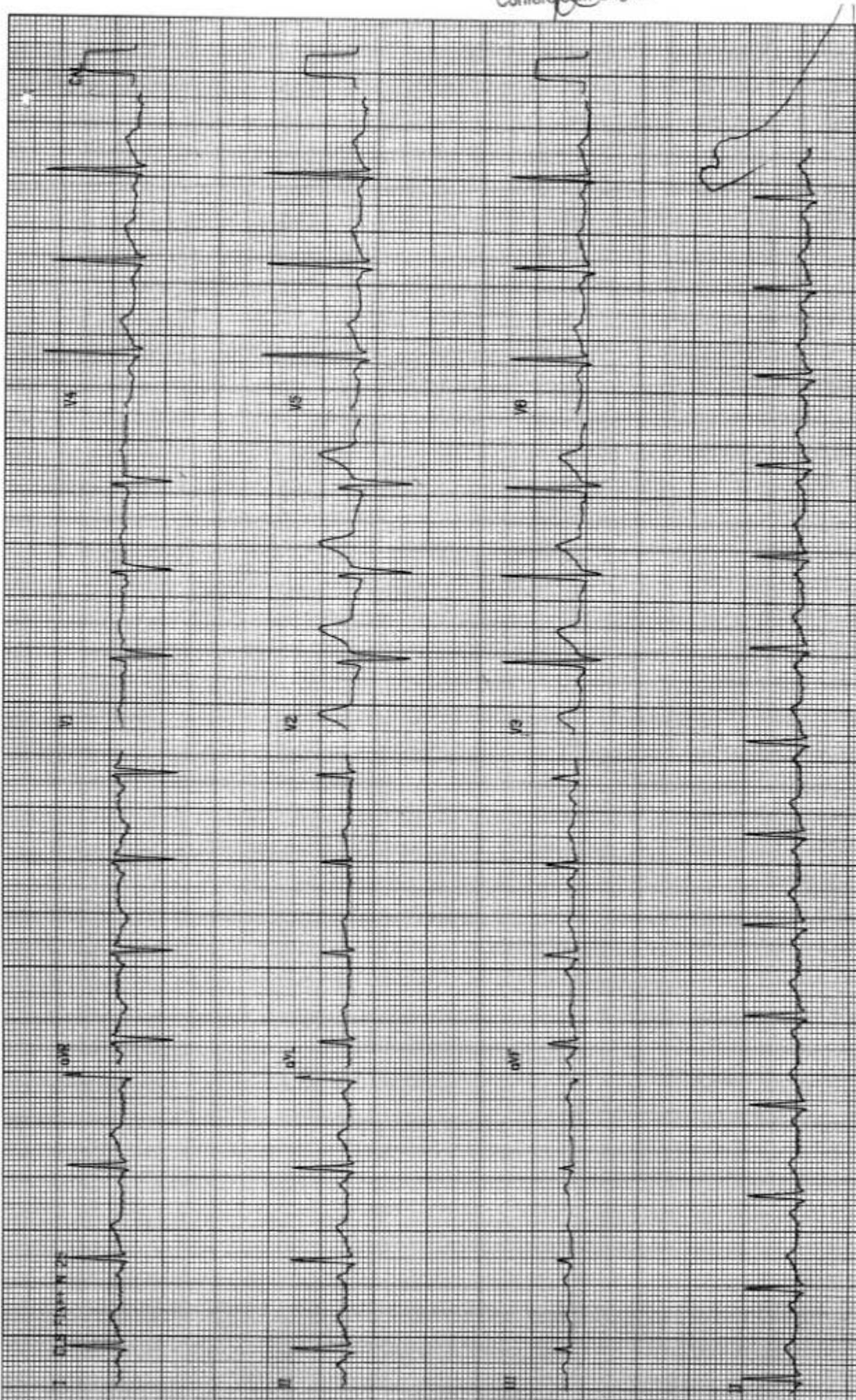
\*DATA: 03/10/19

Dr. Cláudio P. P.  
CRM: 04.25127/CEM - PR/2011

\* Ass. e carimbo do médico

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula 059234  
SAME - HUT  
Conferida com Original

Gilberto J. Ferreira Jr. Alcantra  
DN: 03/08/1981  
Realizado em 09/05/2019 às 08:45





## REQUISIÇÃO DE EXAMES

Req: 1010202

Paciente: **GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA** (Prontuário: 511389) (CNS: 706801780569323)  
 Endereço: **RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
 Nascimento: 03/08/1961 Idade: 58a2m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249248  
 Mãe: **MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA**  
 CPF: - - - RG: 471644 - SSPPI - 24/06/1986

Solicitação: 09/10/2019 Solicitante: JOSE FERREIRA NETO

Convênio: SUS POSTO 2 SUPLEMENTAR EXTRA 05

### EXAMES:

Código:	Descrição:	Cod. SIA:	Tp.Registro:
1330621	* ELETROCARDIOGRAMA	0211020036	01

Dados Clínicos/Recomendações/Justificativa

pop

TERESINA - PI 09/10/2019



JOSE FERREIRA NETO  
Profissional Solicitante

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 069234  
SAMU - HUT  
Conferência com Original

### AUTORIZAÇÃO (Se Aplicável)

CBO:	Nome do Profissional Autorizador:		Data Autorização:
/ /		/ /	
Cod. Órgão Emissor		Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA** (Prontuário: 511389)  
Endereço: RUA JOSE PARENTE SAMPAIO N5561 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 03/08/1961 Idade: 58a2m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745527  
Requisição: 1010103 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA  
Controle: 1330371 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 08/10/2019

#### PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura transversa completa recente na metáfise distal do rádio com desvio dorsal.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/10/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Confere com Digital  
SAME - HUT  
Matrícula: 059234  
Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que  
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 23/12/14

Setor de Arquivo Técnico do HPMPI  
Geórgio Amorim da Silva - 1º Ten PM RR  
RGPM 107029-84/MAT. 012825-2  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico HPM

NOME DO PACIENTE: Gilberto Teixeira de Alcantara

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522432119

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTENúmero do Laudo: **250743**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Nascimento: 03/08/1961

**Procedimento:**0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA  
EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**CID:**

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Data da Solicitação: 09/10/2019

Data da

Autorização: 09/10/2019 18:54:29

AIH.: 2219101973506

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM\_\_\_\_\_  
Autorizador**Operador:**

Atendimento (Data, Hora): 12/10/2019 16:29:19

*do juri*  
Georgina Rodrigues da Silva-Ten PM PR  
RCPM 107029-34/MAT-01245-2  
Chefe do Setor de Arquivo Terciário

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES  
2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
706801780569323	GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA		03/08/1961	M	522432
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	86995848575	MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA	RAIMUNDA ROSA CARVALHO ALCANTARA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
	RUA 05...		5561		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
VILA POTY			TERESINA		PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

09/10/2019 16:34:29 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE, COM DOR E EDEMA EM PUNHO ESQUERDO. RAIOS X EVIDENCIAM FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM DESVIO - SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA HPM PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA.

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

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

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S52 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

9408026-007 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

CARATER	DATA SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA	09/10/2019
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
09/10/2019 18:19	12/10/2019 13:20

LEANDRO PONCE LEAL  
CRM: 16778699841

CRM:

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

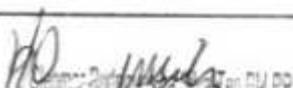
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARILEA DA SILVA LEAL CRM: 8842754484	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

  
 Científico da Unidade de Pediatria  
 RGPM/101129-34/MAT, 012005-2  
 Chefe do Setor de Atend. Técnico HPM



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



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
<b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	<b>2323451</b>	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	1099365
<b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	<b>2323451</b>	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	<b>GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA</b>	6 - Prontuário:	<b>522432</b>
7 - CNS:	706801780569323	8 - Nascimento:	03/08/1961
11 - Mãe:	MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA	9 - Sexo:	M
13 - Resp:	RAIMUNDA ROSA CARVALHO ALCANTARA	12 - Fone:	86-9.95848575
15 - Ender:	JOSE PARENTE SAMPAIO 5561	14 - Cor:	PARDA
16 - Munic:	TERESINA	19 - CEP:	64081-090
		17 - Cod. IBGE:	221100
		18 - UF:	PI
		RG:	47164-4

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente vítima de acidente motociclistico há 24h refere dor e edema em antebraço esquerdo com dificuldade de mobilização.  
Realizou Rx que evidenciou fratura de radio distal e esquerda.

21 - Condições que justificam a Internação:

As acima citadas.

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Fratura radio distal.

23 - Diagnóstico Inicial: 24 - Cid Princ.: S525 25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_ 26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

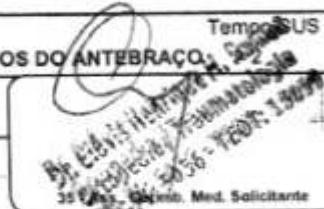
Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020407 / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO.

29 - Clínica: 30 - Carater: Ident.: 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.  
POSTO II 02 1 CPF 16778899841

33 - Nome Profissional / Assistente: 34 - Data de Solicitação:  
LEANDRO PONCE LEAL 09/10/2019



Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - N°. Bilhete.	41 - Serie
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.			
45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.
48 - Documento	49 - Num. Documento

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.	Usuário: JEANE SILVA Consulta Local: Consulta SUS: Impressão: 18:44:24
--	---



**Polícia Militar do Piauí**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	<b>FICHA DE PRONTUÁRIO</b>			09/10/2019
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA			Pront.: 522432
IDEML OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 03/08/1961 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO			
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 1099365	Enfermaria: POSTO II	ENF 212 LEITO	Leito: 212
CLÍNICA	Pai:			
Médico Assistente	Mãe: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA			
Permanência	RG: 471644			
CLÍNICA	Residência:			
	JOSE PARENTE SAMPAIO Nr.: 5561 Cep: 64081090	Bairro: PARQUE POTI	Cidade: TERESINA	Telefone: 86 - 995848575

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Vítima de acidente motociclistico há 24h refere dor e edema no antebraço esquerdo. Encaminhado do HUT com RX de fratura radio distal esquerdo.

**DIAGNÓSTICO**

Provisório: Fratura de radio distal esquerdo	CID: S525	
Principais:	CID:	
Procedimento:	0408020407	
Sintomas e Sinais Principais Dor e edema a mobilização de antebraço esquerdo	Causa Médica	Histo - Patológico:

**TRATAMENTO**

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	Tratamento cirúrgico de fratura de radio distal esquerdo		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

**DURAÇÃO**

Data/Hora de Internação: 09/10/2019 18:42:52	Data da Alta: 12/10/2019	Data da Hospitalização: / /
---	-----------------------------	--------------------------------

**ALTA**

Saída	Transferência	Óbito	
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*De Clávis Henrique H. Sampaio  
Ortopedia / Traumatologia  
5036 - TOT: 15099*

*\*Humanizando e Cuidando Sua Saúde\**

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI . CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

*Assinatura do SGT-Ter PM PR  
RGP/M 107029-84/2017.012825-2  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico HPM*



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 11 / 10 / 19  
Nº DO PRONTUÁRIO 522832 SALA 05  
CÓD DA CIRURGIA: 04080

Descrição da Cirurgia:

- ① Opt em DDH sob efeito anestésico  
② Assepsie, antisepsie e asepsie do corpo, abres  
③ Realizado redução de fratura ~~ffe~~ com auxílio de rodelas  
copia intra-operatória  
④ Fixado fratura com 03 fígs de Kirschner 2,0 mm  
sob visão copia  
⑤ Observado bom alinhamento se hve reduções  
⑥ Curativo simples + tba ombro-palmário  
⑦ Aos visitadores da RPA

Dr. Clávis  
Ortopedista  
CRM-PI: 5036 - TUT: 13029

Cirurgia: Tfo duplo de fratura de radio distal operado.

Cirurgião: Dr. Clávis

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Tiscen JOSE DE JESUS Machado  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-PI 638.734

Circulante:

Marciá Rejane

Téc. em Enfermagem  
COREN 650157-TE

Dr. Clávis  
Ortopedista  
CRM-PI: 5036 - TUT: 13029



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
*"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"*

PEDIDO: 170644

PACIENTE: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

NOME DA MÃE: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA

DATA DO NASCIMENTO: 03/08/1961

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 12/10/2019

DATA DO LAUDO: 16/10/2019

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

### RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal, fixada com fios de Kirschner.

Traços de fratura com avulsão de fragmento ósseo no processo estiloide da ulna.

Superfícies articulares preservadas.

Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal, fixada com fios de Kirschner.

Traços de fratura com avulsão de fragmento ósseo no processo estiloide da ulna.

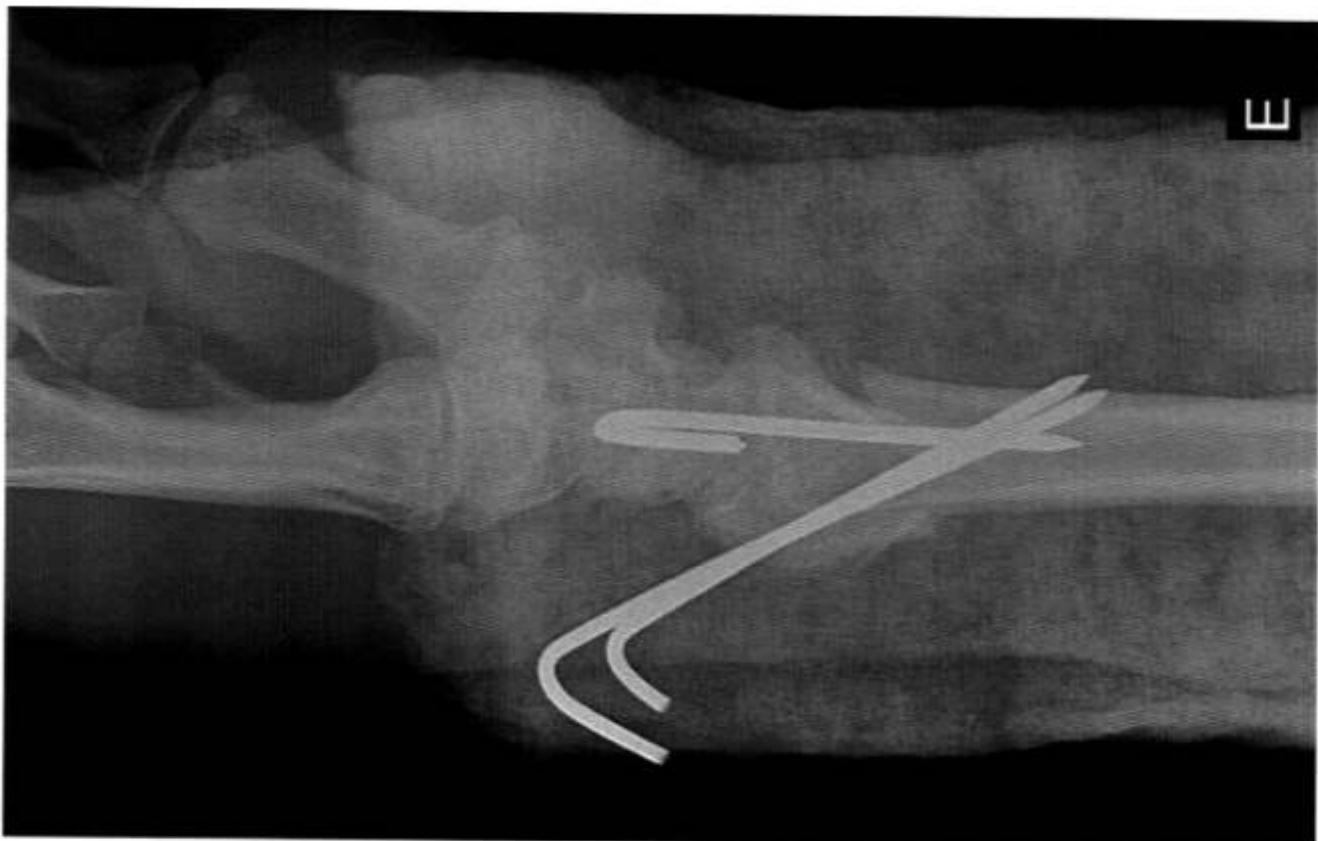
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.

OBS: Presença de imobilização gessada.

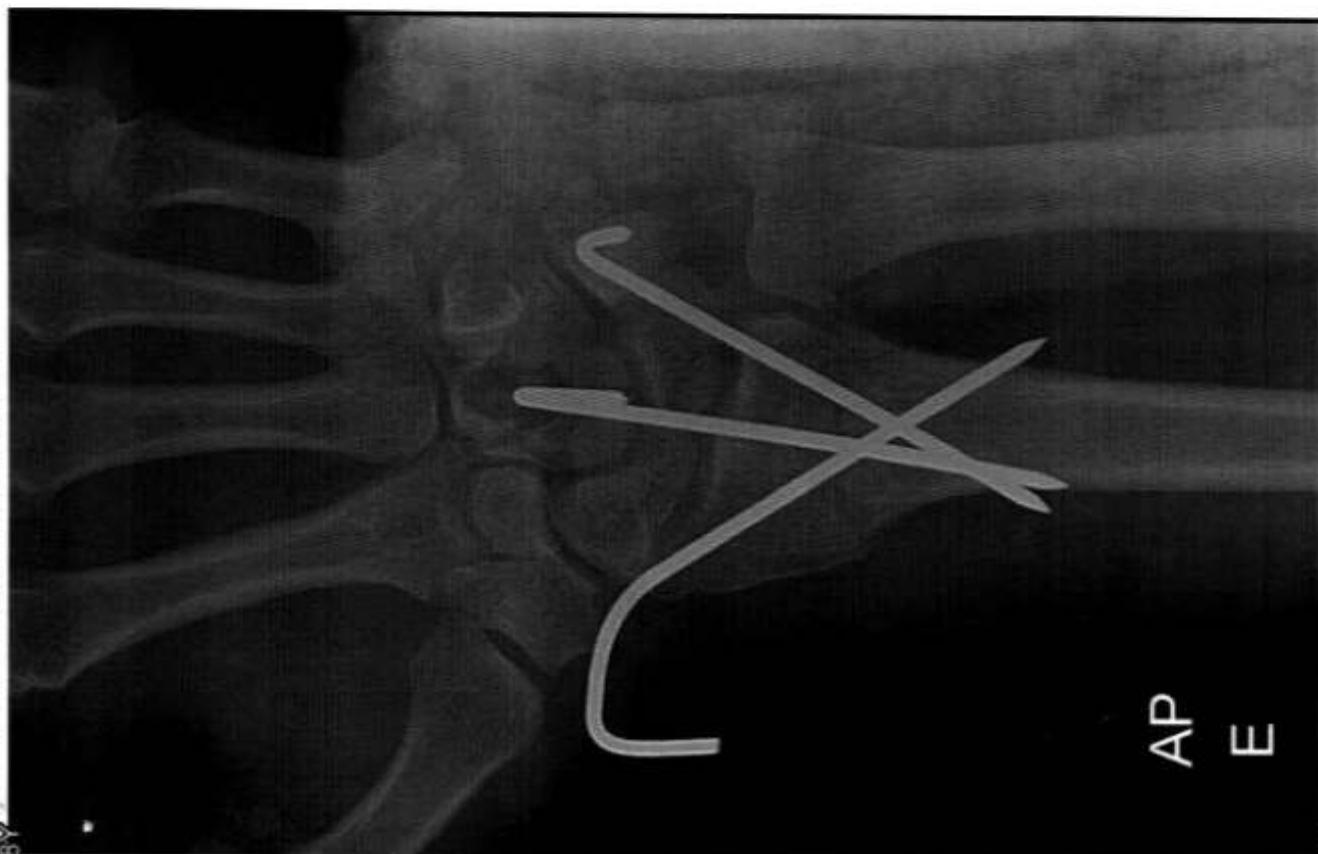
*DR. MESSIAS*  
CRM-PI 2869 - RQE 3048  
RGPM 07029-001/AT, 01280-5-2  
Chefe do Setor de Atenção Técnica-PM

*Manoel Messias P. de Sousa*  
**DR. MANOEL MESSIAS P. DE SOUSA**  
**MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR**  
**CRM-PI 2869 - RQE 3048**

Dr.(a) **MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA**  
CRM: 2869



162  
Assistente de Sist.Tec.FT/PR  
RGPM 10712-MAAT, 01265-2  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico/PR



ID: 170644  
Paciente: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA  
Idade: 058Y  
Sexo: M

Hora: 08:46  
Data: 12/11/2010





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
**"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"**

**PEDIDO:** 170320  
**PACIENTE:** GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA  
**NOME DA MÃE:** MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA  
**DATA DO NASCIMENTO:** 03/08/1961  
**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM  
**DATA DA REALIZAÇÃO:** 10/10/2019  
**DATA DO LAUDO:** 21/10/2019  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

### **RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fratura completa, desalinhada, na metáfise distal do rádio, com desvio posterior da porção distal.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura completa, desalinhada, na metáfise distal do rádio, com desvio posterior da porção distal.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\* Área radiolucente, bem delimitada, com bordas escleróticas, na porção medular do capitato (cisto ósseo? outra etiologia?).

\*Correlacionar com dados clínicos.

*W. M.*  
Assinatura de Sra. Ten. H. R.  
RGPM 10109-84/041, 01205-2  
Chefe do Setor de Atend. Técnicos HPM

*Nayra Virginia S. Costa*

CRM-PI 3326

Dr.(a) **NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas - Teresina-PI  
CEP: 64.014-220 - CNPJ: 07.444.159/0002-25

Telefone: 3216-1528 / 3216-1529  
Whatsapp: 9.9443-6110



*W. M.*  
Sociedade Brasileira de Radiologia  
RCPM 107/02641547, 012675-2  
Cidade de São Paulo - São Paulo - SP

HPM



ID: 170329  
Paciente: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA  
Idade: 058Y  
Sexo: M

Horas: 0824  
Exame: 10/10/2019

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

JD. 95142

\*NOME DO HOSPITAL: HPM \*ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

## I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*NOME: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA \*IDADE: 58 \*DN: 03/08/1961  
\*NOME DA MÃE: MARIA TEIXEIRA LIMA DE ALCANTARA  
ENDEREÇO: TERESINA - PI.  
CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
\*ID / N° DO GESTOR: \_\_\_\_\_

\*ID ( Nº DO GESTOR SAÚDE): \_\_\_\_\_

\*CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SEM URGÊNCIA ( ) POUCO URGENTE ( ) URGENTE ( )  
MUITO URGENTE ( )

MUITO URGENTE( ) PRIORIDADE MÁXIMA( ) POUCO URGENTE( ) URGENTE( )

## I = TRANSFERÊNCIA

\*CLÍNICO ( )

**\*CIRÚRGICO (X)**

## QUADRO CLINICO-

points return to ventral com  
down + down on pads &

\*Pressão Arterial: 120 x 70 (mmHg) Saturação: 98 % Freq. Cardíaca: 80 (bpm)  
\*Freq. Respiratória: 15 (rpm) Uso de O2: SIM ( ) NÃO ( ) Nível de Consciência: 15  
\*Glicemia: 80 ISOAMENTO: SIM ( ) NÃO ( )

## EXAMES/RESULTADO-

Radiografia local: Fratura de radio distal  
Enquanto com DESUO

**\*DIAGNÓSTICO:**

\*CID 10: S 525

## FRATURA DE RÁDIO DISTAL

**\*TRATAMENTO REALIZADO:**

## CLINICO

**\*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

NECESSITA DE CIRURGIA ORTOPEDICA

\*DATA: 09 / 10 / 19

Dr. C. L. Clegg  
C. L. Clegg

\* Ass. e carimbo do médico

# RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO - CARDIOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO

NOME Alberto Texeira de Araújo

IDADE: 58 SEXO: (M) F DATA: \_\_\_\_\_

CIRURGIA PROPOSTA:

REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia anterior ( ) 2. AVC ( ) 3. Alergia medicamentosa ( ) 5. Diabetes ( ) 6. Dça Art. Cere. ( ) 17. TBC ( )  
 8. Dça Pulmonar ( ) 9. HAS ( ) 10. IAM ( ) 11. Asma ( ) 12. DPOC ( ) 13. T.B ( ) 14. Fumo ( ) 5. Feumática ( )  
 16. Dça de Chagas ( ) 17. Uso medic ( ) 18. DUAP ( ) 19. Dça Renal ( ) 20. Anemia ( ) 21. Dist. Coagulação ( )  
 22. Outros ( )

COMENTÁRIOS

*Exame cardíaco: RCP = 130/80 mmHg. Aorta pulmonar*  
*ECG: normal*

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

a) ESTADO GERAL BOM ( ) Regular ( ) Precário ( ) Dispneia ( ) Ictíneo ( )  
 Cianótico ( ) Mucosa Descoradas ( ) Edema ( ) PVJ Elevada ( )

b) APARELHO RESPIRATÓRIO: Expansibilidade \_\_\_\_\_ MV: \_\_\_\_\_ FTV: \_\_\_\_\_  
 Ruídos adventícios SIM ( ) NÃO ( )

c) APARELHO CIRCULATÓRIO: PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg Pulsos: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_  
 inspeção e Palpação: Ausculta: RC: \_\_\_\_\_ Bullhas: \_\_\_\_\_  
 Sopros: Outros achados: \_\_\_\_\_ MMII: \_\_\_\_\_

d) ABDOMEN - PELVE

5. INDÍCIAIS DE REFERÊNCIA

(a) INDÍCIO DE RISCO CARDÍACO (DESTSKY, 1986):

- (1) Dor torácica aguda do miocárdio nos últimos 6m  
 (2) Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m  
 (3) Angina classe III (CCS\*), limitação importante às atividades físicas diárias  
 (4) Angina classe IV (CCS), angina aos mínimos esforços ou repouso  
 (5) Angina instável nos últimos 6m  
 (6) Edema pulmonar na última semana

- (5.) Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m  
 (20.) Estenose aórtica crítica  
 (5.) ECG recente com ritmo não-sinusais e sístole atrial  
 (5.) ECG com mais de 5 extra-sístoles no passado  
 (5.) Estado Geral precário  
 (5.) Idade > 70 anos  
 (10.) Cirurgia de Emergência

(b) Canadian Cardiovascular Society

(< 15 pts.) Baixo risco de complicações (> 15 pts.) Alto Risco de complicações

CONCLUSÃO

(c) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

CLASSE I: Ind. com dça. Cardiada sem limitação da atividade física

CLASSE II: Ind. com dça. Cardiada com pequena limitação da atividade física

CLASSE III: Ind. com dça. Cardiada com importante limitação da atividade física

CLASSE IV: Ind. com dça. Cardiada e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO

(d) AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGY (ASA)

ASA I: Ind. Saudável

ASA II: Ind. com dça. Sistêmica discreta

ASA III: Ind. com dça. Sistêmica grave/limitação ativ./ não incapacitante

ASA IV: Moribundo, sem esperança de sobrevida p/24hrs c/ ou s/ cirurgia

CONCLUSÃO

(e) INDÍCIO DE RISCO CARDÍACO - GOLDMAN E COL (1997)

1. História: (a) Ind. > 70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)  
 2. Ex. Físico: (a) Cálculo ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)  
 3. ECG: (a) Rítmo não-sinusal / BAP (7pt) (b) BVP + 5min (7pt)  
 4. Estado geral: PaO<sub>2</sub> < 60 / PaCO<sub>2</sub> > 50 / k < 3 / Creatin > 3 / TGO / TGP anormal / nef / Hepática / Ind. acamado

ÍNDICE: GRUPO I (0-5pt) complicações não-fatais 0,7% fatais 0,2%

GRUPO II (6-12pt) 5% 2%

GRUPO III (13-25pt) 11% 2%

GRUPO IV: (26-50pt) 22% 56%

EXAMES:

1- HT/HIV/Plaq:

2- Leuca/BVSag:

3 - Glicose:

4 - Uri/Cr:

5 - TS/TC:

6 - TG / VTGP:

7 - Tro. a/CKmb:

8 - ECG:

9 - Urin-H:

10 - ECG 2D:

11 - US:

12 - RX Tórax:

13 - TC/RNM:

*no julho*

RG/01/10/09-5440AT, 012, 5-2

Chave do Setor de Arquivo Técnico/CPM

Dr. José Rosino de Araújo R. Reis  
 Clínica Médica - Cardiologia  
 CRM-PB 0.118 - CRM-MA 3.411  
 RQE-Nº 3667 / CNES 201.2604.1009.0000

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



PRESCRIÇÃO MÉDICA N°: 69187 - Em: (09/10/2019)

Atendente	Prontuário:	Paciente:	Dr. Naso:	Clinica:	Leito:	Médico Assistente:
249218	511389	GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA	03/08/1961	POSTO 2		JOSE FERREIRA NETO

Evolução:

Estável hemodinamicamente

Hora: 08:00

Diagnóstico/Comorbidades:

Fratura distal de rádio esquerdo

Suplementos:

Alergias:

DIPERONA /

DICLOFENACO /

PENICILINA /

SENZATINA



# 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 : GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Registro: 11670983

Id,Sx : 58a , M

Clinica: P02

Pedido: 5040957

Origem : HUT-HUT

Médico: JOSE FERREIRA NETO

Destino: HUT

Emissão: 09/10/2019 às 10:45

Cadastro: 09/10/2019 às 09:10

Coletado em 09/10/2019 às 09h 26min

Liberado em 09/10/2019 às 10h 12min

### GLICOSE

RESULTADO : 98 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA: 70 a 110 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CRF-PI-746

Coletado em 09/10/2019 às 09h 26min

Liberado em 09/10/2019 às 10h 12min

### URÉIA

RESULTADO: 26 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA 10 a 50 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CRF-PI-746

Coletado em 09/10/2019 às 09h 26min

Liberado em 09/10/2019 às 10h 12min

### CREATININA

RESULTADO: 0.8 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA

Método: Automação

Homens : 0,7 a 1,3 mg/dL

Material: SORO

Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dL

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CRF-PI-746

Dr. Zenon Rocha  
RGPM 101.029-34 MAT. 012.025-2  
Chefe do Setor de Atividade Técnica HPM



# HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

## Laboratório Dr. Zenon Rocha

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

Fl. 2/3

Nome : GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Registro: 11670983

Id, Sx : 58a , M

Clinica: P02

Pedido: 5040957

Origem : HUT-HUT

Médico: JOSE FERREIRA NETO

Destino: HUT

Emissão: 09/10/2019 às 10:45

Cadastro: 09/10/2019 às 09:10

Coletado em 09/10/2019 às 09h 25min

Liberado em 09/10/2019 às 09h 51min

### HEMOGRAMA COMPLETO

#### ERITOGRAMA

Hemácias	4.11 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	13.9 g/dL
Hematócrito	41.9 %
V.C.M.	101.9 fL
H.C.M.	33.8 uug
C.H.C.M.	33.2 g/dL
R.D.W.	14.2 %

#### VALORES DE REFERÊNCIA

	Homem	Mulher
4.50 a 6.50	3.90 a 5.60	
13.50 a 18.00	11.50 a 16.40	
40.00 a 54.00	36.00 a 47.00	
76,00 a 96,00		
27,00 a 32,00		
32,00 a 36,00		
11,60 a 14,80		

Observações:

#### LEUCOGRAMA

Leucócitos	12000 mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	8160 mm <sup>3</sup> 68.0 %
Segmentados	8160 mm <sup>3</sup> 68.0 %
Bastões	0 mm <sup>3</sup> 0 %
Metamielócitos	0 mm <sup>3</sup> 0 %
Mielócitos	0 mm <sup>3</sup> 0 %
Promielócitos	0 mm <sup>3</sup> 0 %
Eosinófilos	1200 mm <sup>3</sup> 10 %
Basófilos	0 mm <sup>3</sup> 0.0 %
Linfócitos	1560 mm <sup>3</sup> 13.0 %
Monócitos	1080 mm <sup>3</sup> 9.0 %

#### VALORES DE REFERÊNCIA

	Adultos	4 a 7 anos	8 a 13 anos
	: 4.000 a 10.000	: 6.000 a 15.000	
			: 4.500 a 13.000
			: 2.300 a 7.500 mm <sup>3</sup>
			: 40 a 75 %
			: -
			: 40 a 75 %
			: 45 a 230 mm <sup>3</sup>
			: 1 a 3 %
			: -
			: 0 a 1 %
			: -
			: 0
			: 40 a 330 mm <sup>3</sup>
			: 1 a 6 %
			: 1 a 100 mm <sup>3</sup>
			: 0 a 1 %
			: 1.500 a 3.500 mm <sup>3</sup>
			: 20 a 45 %
			: 200 a 800 mm <sup>3</sup>
			: 2 a 10 %

Observações:

#### LEUCÓCITOS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

Contagem de PLAQUETAS 296000 mm<sup>3</sup>

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm<sup>3</sup>

Observações

Método: Automação

Material: SANGUE TOTAL

*DR. JES*  
Liberado por Dr. Zenon Rocha  
RG: 107.029-34-047-018632  
Chefe do Setor de Análise Técnica/PI

*R. S.*

Liberado por Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

NOME: Paulo Henrique

PRONTUÁRIO: 1111111111111111

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS:** (  ) MÍNIMOS (  ) INTERMEDIÁRIOS (  ) SEMI-INTENSIVOS (  ) INTENSIVOS (  ) ANOTACÃO DE ENFERMAGEM

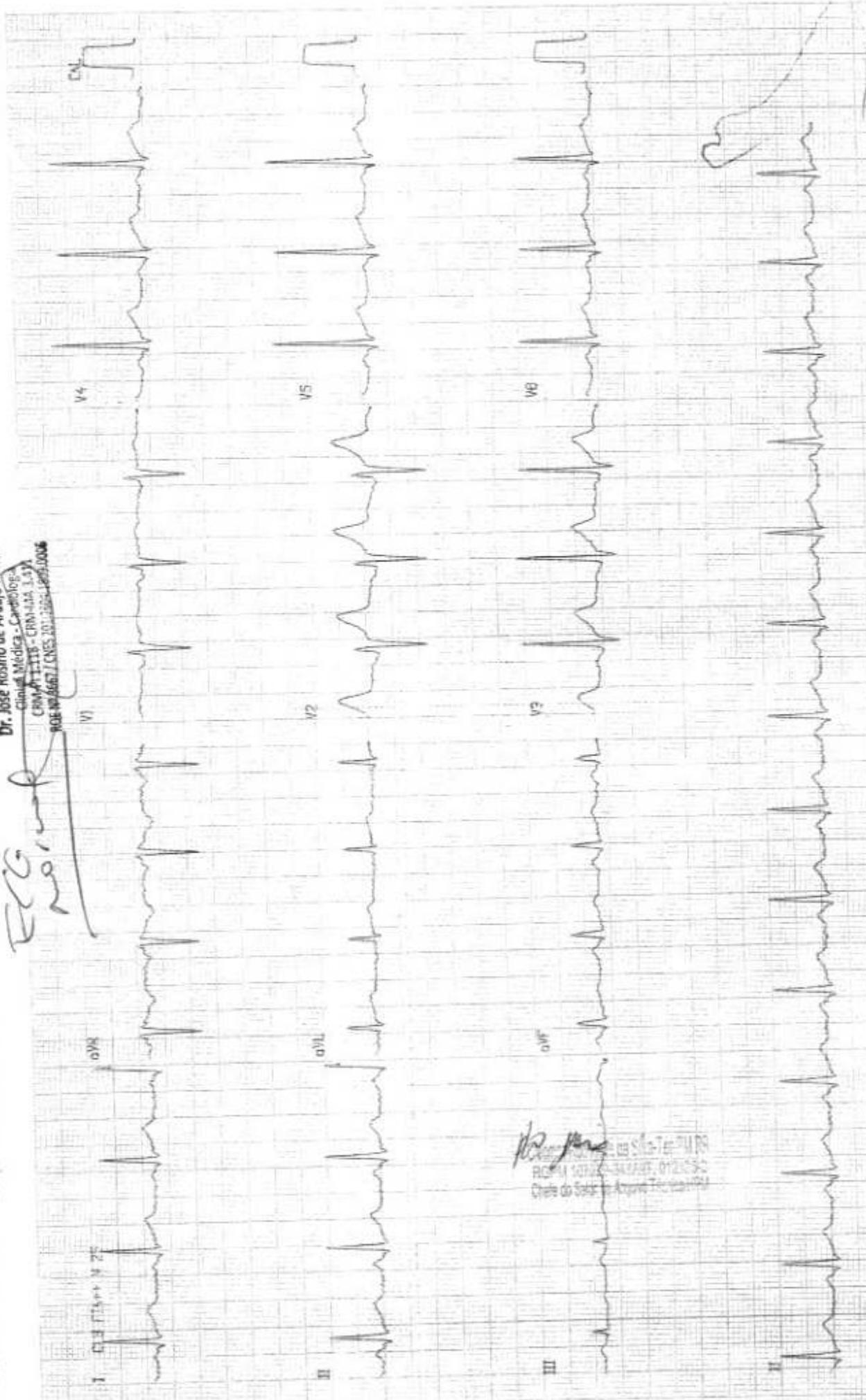
EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGE...										DATA: <u>01/01/2017</u>	
1. Estado Mental: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Consciente ( <input type="checkbox"/> ) Orientado ( <input type="checkbox"/> ) Torporoso Glasgow:											
2. Locomoção: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Deambula ( <input type="checkbox"/> ) Acamado ( <input type="checkbox"/> ) Restrito ao leito por orientação ( <input type="checkbox"/> ) Parestesia ( <input type="checkbox"/> ) Plegia ( <input type="checkbox"/> ) Hemiparesia ( <input type="checkbox"/> ) Dificuldade Motor ( <input type="checkbox"/> ) Sem O <sub>2</sub> ( <input type="checkbox"/> ) Com O <sub>2</sub> :											
3. Respiração: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Eupnético ( <input type="checkbox"/> ) Dispnéico ( <input type="checkbox"/> ) Taquipnérico ( <input type="checkbox"/> ) TQT ( <input type="checkbox"/> ) Bradicárdico ( <input type="checkbox"/> ) Taquicárdico ( <input type="checkbox"/> ) BNF ( <input type="checkbox"/> ) 2T ( <input type="checkbox"/> ) Normocárdico ( <input type="checkbox"/> ) Outros: ( <input type="checkbox"/> ) VOO ( <input type="checkbox"/> ) SNE/SNG ( <input type="checkbox"/> ) SOE/SOG ( <input type="checkbox"/> ) GTF ( <input type="checkbox"/> ) NPT ( <input type="checkbox"/> ) Dieta zero ( <input type="checkbox"/> ) Boa aceitação ( <input type="checkbox"/> ) Aceita Parcialmente ( <input type="checkbox"/> ) Não aceita ( <input type="checkbox"/> )											
4. Sistema Cardiovascular: ( <input type="checkbox"/> ) BNR ( <input type="checkbox"/> ) Bradicárdico ( <input type="checkbox"/> ) Taquicárdico ( <input type="checkbox"/> ) BNF ( <input type="checkbox"/> ) 2T ( <input type="checkbox"/> ) Normocárdico ( <input type="checkbox"/> ) Outros: ( <input type="checkbox"/> ) Bradicárdico ( <input type="checkbox"/> ) Taquicárdico ( <input type="checkbox"/> ) BNF ( <input type="checkbox"/> ) 2T ( <input type="checkbox"/> ) Normocárdico ( <input type="checkbox"/> ) Outros:											
5. Dieta: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SNE/SNG ( <input type="checkbox"/> ) SOE/SOG ( <input type="checkbox"/> ) GTF ( <input type="checkbox"/> ) NPT ( <input type="checkbox"/> ) Dieta zero ( <input type="checkbox"/> ) Boa aceitação ( <input type="checkbox"/> ) Aceita Parcialmente ( <input type="checkbox"/> ) Não aceita ( <input type="checkbox"/> )											
6. Abdômen: ( <input type="checkbox"/> ) Plano ( <input type="checkbox"/> ) Globoso ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) Flácido ( <input type="checkbox"/> ) Rígido/Tenso ( <input type="checkbox"/> ) Tímpanico ( <input type="checkbox"/> ) Doloroso ( <input type="checkbox"/> ) Indolor ( <input type="checkbox"/> ) Outros:											
7. Pele e mucosas: ( <input type="checkbox"/> ) Normocorado ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorado ( <input type="checkbox"/> ) Ictérico ( <input type="checkbox"/> ) Integra ( <input type="checkbox"/> ) Edema/Anasarca ( <input type="checkbox"/> ) Hidratado ( <input type="checkbox"/> ) Lesões/Bolhas ( <input type="checkbox"/> ) Escoriações ( <input type="checkbox"/> ) LPPs ( <input type="checkbox"/> ) LPPs											
8. Hidratação: ( <input type="checkbox"/> ) AVP ( <input type="checkbox"/> ) D ( <input type="checkbox"/> ) AVC ( <input type="checkbox"/> ) DVE ( <input type="checkbox"/> ) Outros:											
9. Drenos: ( <input type="checkbox"/> ) Suco ( <input type="checkbox"/> ) Outros: ( <input type="checkbox"/> ) Penrose ( <input type="checkbox"/> ) Outros:											
10. Diurese: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( <input type="checkbox"/> ) Dispositivo Urinário ( <input type="checkbox"/> ) SVD ( <input type="checkbox"/> ) Anúria ( <input type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Reduzida ( <input type="checkbox"/> ) Outros:											
11. Evacuações: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Presentes ( <input type="checkbox"/> ) Constipado ( <input type="checkbox"/> ) Diarréia ( <input type="checkbox"/> ) Outros: ( <input type="checkbox"/> ) Melena ( <input type="checkbox"/> ) Colostomia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:											
12. Alergias: ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim- Quais: ( <input type="checkbox"/> ) D. P. ( <input type="checkbox"/> ) A. P. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. I. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input type="checkbox"/> ) A. T. ( <input type="checkbox"/> ) A. F. ( <input type="checkbox"/> ) A. G. ( <input type="checkbox"/> ) A. M. ( <input type="checkbox"/> ) A. H. ( <input type="checkbox"/> ) A. C. ( <input type="checkbox"/> ) A. R. ( <input type="checkbox"/> ) A. S. ( <input											

discreto. Téxto de Alvaro  
do G3/03/1981 08:45

DATA: 09/01/2001 08:45  
PAC: 6310341386

Dr. José Rosino de Araújo R. Reis

Clinica Médica - Cardiologia  
CRM/PI/118 - CRM/MS/3431  
RG: 000677 GNE: 2011200100000006





# HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

## Laboratório Dr. Zenon Rocha

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

Nome : GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA  
Id,Sx : 58a , M  
Pedido: 5040957  
Médico: JOSE FERREIRA NETO  
Emissão: 09/10/2019 às 10:45

Fl. 2/3  
Registro: 11670983  
Clinica: P02  
Origem : HUT-HUT  
Destino: HUT  
Cadastro: 09/10/2019 às 09:10

Coletado em 09/10/2019 às 09h 25min

Liberado em 09/10/2019 às 09h 51min

### HEMOGRAMA COMPLETO

#### ERITROGRAMA

Hemácias 4.11 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina 13.9 g/dL  
Hematócrito 41.9 %  
V.C.M. 101.9 fl  
H.C.M. 33.8 uug  
C.H.C.M. 33.2 g/dL  
R.D.W. 14.2 %

Observações:

#### VALORES DE REFERÊNCIA

	Homem	Mulher
Hemácias	4,50 a 6,50	3,90 a 5,80
Hemoglobina	13,60 a 16,00	11,50 a 16,40
Hematócrito	40,00 a 54,00	36,00 a 41,00
V.C.M.	76,00 a 96,00	
H.C.M.	27,00 a 32,00	
C.H.C.M.	32,00 a 36,00	
R.D.W.	11,60 a 14,80	

#### LEUCOGRAMA

Leucócitos 12000 mm<sup>3</sup>  
Neutrófilos 8160 mm<sup>3</sup> 68.0 %  
Segmentados 8160 mm<sup>3</sup> 68.0 %  
Bastões 0 mm<sup>3</sup> 0 %  
Metamielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0 %  
Mielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0 %  
Promielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0 %  
Eosinófilos 1200 mm<sup>3</sup> 10 %  
Basófilos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
Linfócitos 1560 mm<sup>3</sup> 13.0 %  
Monócitos 1080 mm<sup>3</sup> 9.0 %

Observações:

#### LEUCÓCITOS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

#### VALORES DE REFERÊNCIA

	Adultos	4 a 7 anos	8 a 13 anos	40 a 75 %	40 a 75 %
Leucócitos	4.000 a 10.000				
Neutrófilos		6.000 a 15.000			
Segmentados	2.300 a 7.500 mm <sup>3</sup>		4.500 a 13.000		
Bastões			-	40 a 75 %	
Metamielócitos			45 a 230 mm <sup>3</sup>	1 a 3 %	
Mielócitos			-	0 a 1 %	
Promielócitos			-	0	
Eosinófilos		40 a 330 mm <sup>3</sup>	1 a 5 %		
Basófilos		1 a 100 mm <sup>3</sup>	0 a 1 %		
Linfócitos	1.500 a 3.500 mm <sup>3</sup>		20 a 45 %		
Monócitos	200 a 800 mm <sup>3</sup>		2 a 15 %		

Contagem de PLAQUETAS 296000 mm<sup>3</sup>

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm<sup>3</sup>

Observações:

Método: Automação  
Material: SANGUE TOTAL

Dr. Zenon Rocha - M.D. - M.B.B.S.  
RG/M 107120-0-00017 3124552  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico/PI

Liberado por: Risemberg Soárez Pereira - CRM-PI-489



# HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

## Laboratório Dr. Zenon Rocha

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

Fl. 3/3

Nome : GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

Registro: 11670983

Id,Sx : 58a , M

Clinica: P02

Pedido: 5040957

Origem : HUT-HUT

Médico: JOSE FERREIRA NETO

Destino: HUT

Emissão: 09/10/2019 às 10:45

Cadastro: 09/10/2019 às 09:10

Coletado em 09/10/2019 às 09h 26min

Liberado em 09/10/2019 às 12h 42min

### TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo de Protrombina:	13.2	80 %
Controle :	11.6	100 %
I.N.R.	1.14	
I.S.I.	1.03	Até 1,5

VALORES DE REFERÊNCIA

Método: Quick  
Material: PLASMA

A tabela abaixo destina-se exclusivamente como orientação ao clínico.

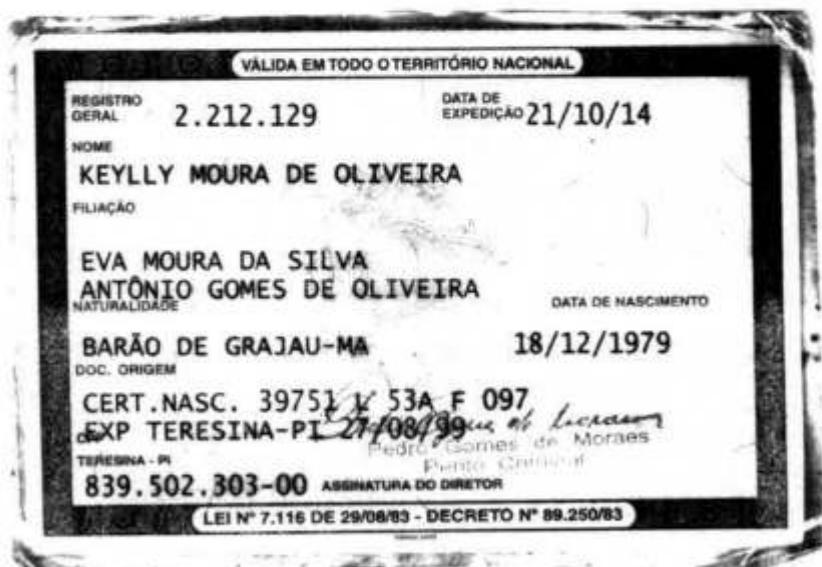
Nível de INR terapêutico recomendado segundo a Soc. Britânica de Hematologia.

INDICAÇÃO	INR RECOMENDADO
Profilaxia de trombose venosa profunda incluindo cirurgia de alto risco.	2,0 a 2,5
Tratamento de trombose venosa profunda. Embolia pulmonar.	2,0 a 2,5
Ataque isquêmico transitório.	2,0 a 2,5
Trombose venosa profunda recorrente. Embolia pulmonar recorrente. Doença arterial, incluindo infarto agudo do miocárdio.	2,5 a 3,5
Valvulas cardíacas mecânicas e transplante de artérias.	2,5 a 3,5

Ref: William J.Williams, Hematology, 1993, 1769 J.Hirsh, J.E.Dalen, D.Deykin, L.Pulier, Oral anticoagulants: mechanism of action, Chest 102, 1997,3128-3265.

Liberado por: Hisemberg Soárez Pereira - CRF-PI-169

Georgina Soárez de Sá-Teixeira  
RQEPM 107023-M/AT, 01255-2  
Chefe do Setor de Aquecimento/HPM



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200051710      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA      **Data do acidente:** 08/10/2019      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 05/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 20

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042802/20

Vítima: GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

CPF: 054.695.578-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/10/2019

GILBERTO TEIXEIRA DE  
ALCANTARA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00**

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

**GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA : 054.695.578-98**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/01/2020  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005035/20

**Vítima:** GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

**CPF:** 054.695.578-98

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/10/2019

**Titular do CPF:** GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

### GILBERTO TEIXEIRA DE ALCANTARA : 054.695.578-98

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior