

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Sistema SAJ..., Audiências..., Consulta proce..., PJ 0826256-39.20..., Baixar o arquiv..., (37) WhatsApp...

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=610800&ca=cfb72b75aa960c2bb42150a8060f51c740a...](https://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=610800&ca=cfb72b75aa960c2bb42150a8060f51c740a...)

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo..., Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0826256-39.2020.8.18.0140  
ANTONIO FABIO DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

Search bar: 13624624 - CONTESTAÇÃO (2771123 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/12/2020 10:47:14

Left sidebar: 08 Dec 2020  
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO  
13624621 - CONTESTAÇÃO  
13624624 - CONTESTAÇÃO (2771123 CONTESTACAO 01)  
13624628 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)  
13624630 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)  
13624632 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)  
13624636 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 9  
2771123- CS/ 2020-04463/ INVALIDEZ  
JOÃO BARBOSA  
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI  
Processo: 08262563920208180140

Taskbar: Windows icons, System tray: PT, 10:47, 08/12/2020



Número: **0826256-39.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **12/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FABIO DE SOUSA (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13624 628	08/12/2020 10:47	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

# 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:	15/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

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

CLIENTE: ANTONIO FABIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000030871-0

---

---

Nr. da Autenticação B44D25EE9BE3BB0C



32,60 CARGA: 002  
IRREG.: 000 COLETOR: 4031



EQUATORIAL PARA DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ 06.640.748/0001-89 Fone: (66) 3101.353-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1  
Regime especial de lançamento autorizado pela SEFAZ 06/99

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1221519-8

Nº da Nota Fiscal 45005515

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS VENCIMENTO  
SETEMBRO/2020 22/09/2020

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)  
33 18,72

EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA  
LC LAGE S/N - B-RURAL  
CPF: 00834063650359  
CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS

ROT: 110.053.10.82.378200

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4095	Atual:	15/09/2020
Anterior:	4062	Anterior:	14/08/2020
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/10/2020
Consumo Medido:	33	Emissão:	14/09/2020
Consumo Faturado:	33	Apresentação:	15/09/2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dia de Consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RURAL	MONO	A1191263		4.7.2.1	34

HISTÓRICO kWh  
Mês/ano consumo  
AGO/20 27  
JUL/20 28  
JUN/20 37  
MAI/20 36  
ABR/20 39  
MAR/20 33  
FEV/20 37  
JAN/20 40  
DEZ/19 33  
NOV/19 35

DESCRIÇÃO DA CORTA  
33 A R\$ 0,567499 = 18,72

08/09/2020 14:31:24



### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

\*REDUÇÃO TARIFARIA MÉDIA DE 7,16% A PARTIR DE 02/09/2020, CONFORME  
E DESPACHO ANEEL N.º 2541/2020.  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 14/09/2020, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F162.35F9.1A21.7CF8.125B.170C.DCB2.68A0  
COMPOSIÇÃO DA CORTA - R\$

Distribuição		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Energia:	4,19	Base de Cálculo:	18,72
Transmissão:	8,05	Alíquota ICM:	22,00%
Encargos:	1,36	Valor do ICM:	4,11
Tributos:	0,66	Valor do PIS:	0,44%
	4,46	Valor do COFINS:	0,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE		INDICADORES DE CONTINUIDADE	
IPC	IPC	QPM	QPM
Atual	Anterior	Atual	Anterior
12,35	24,71	49,42	8,42
2,94	16,84	33,68	6,79
	2,00	1,92	

ALTOS

07/2020 10,62



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810471328900000012886733

Número do documento: 20120810471328900000012886733



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

**Dados do Chamado**

01 Nº do chamado: 6132  
02 Data do chamado: 31/05/2020  
03 PRO (código): 2908  
04 Saída do PA: 20/11/15  
05 Chegada ao local: 20/11/15  
06 Saída do local: 20/11/15  
07 Chegada ao 1º hospital: 20/11/15  
08 Saída do 1º hospital:   
09 Chegada ao 2º Hospital:   
**Local da Ocorrência**  
10 Endereço: UPA Nascimento  
11 Bairro:   
12 Município-UF:   
13 Ponto de referência:   
14 Nome: Antonio Fabio de Sousa  
15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado  
16 Idade: 29 anos 1996 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999  
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  
**Tipo de Ocorrência**  
18 Tipo de ocorrência: 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros  
02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido  
03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado  
04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência  
05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares  
**Acidente de Transporte**  
19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado  
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado  
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado  
22 Equipamentos de segurança: ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança  
**Exame Físico**  
23 Glasgow = 15  
ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma  
RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma  
RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum  
24 Sinais Vitais: Pulso 68 Resp. PA 120/70 TAX. Set02 98%  
25 Local da lesão:   
26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais  
27 Pulso Radial: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente  
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não  
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10  
30 Fratura: 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito  
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica  
32 Hospital de Destino: HUI  
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado  
34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não  
**Observações Interdisciplinar**  
faca e sangramento intenso no membro superior direito, com fratura em  
unha 2.500 ml de sangue em laboratório 90/min.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Márcia Veloso Cantanhede  
Gerente Administrativa SAMU  
Responsável pela recepção:   
Socorristas Médico:   
AEITE:   
Enfermeiro:   
Condutor:   
Versão: 27.11.2011





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA  
DR. ZENON ROCHA**

NOME DO PACIENTE: Antônio Fábio de Sousa  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 342519

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO-SAME**

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO  
REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO"





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BUCOMAXILO  
NEURO OK  
C. GERALOR 317387

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA		Prontuário: 342519	
Mãe: MARIA ROSARIA DE JESUS	Pai: EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA		
End. Resid.: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI - CEP: 64390-000			
Nascimento: 29/04/1996	Idade: 24alm2d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9492-7313
Responsável: FRANCISCO DE SOUSA	CNS: 898003455552902		
Profissão: FRENTISTA	Documento: CPF: 062.242.813-60		
G. Instrução: Médio Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)		

NHEO  
05/06/2020  
Nascimento

Imp: 31/05/2020 21:05:02  
(User: VICTOR NOGUEIRA)  
(Estação: SALATRAUMA)

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 780790	Entrada: 31/05/2020 20:56:50	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
--------------------------------	----------------	-----------------

Breve História Clas. Risco:

TOMOGRAFIA REALIZADA  
DATA 31/05/20 HORA 21:18 h  
EXAME CRANEO-FAÇE  
TECNOLOGO: [assinatura]

SSVV: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS . REFERE PERDA DE CONSCIENCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL  
A D, EPISTASE E CORTE EM LABIO INFERIOR SUGERINDO FRATURA DE MANDIBULA  
A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO;  
B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2 97, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS;  
C: , BNF EM 2T, S/ SOPROS, Pelve estável, ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, PA11,5  
D G15  
E: ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO E

RAIO-X REALIZADO  
DATA 31 05 20  
Técnico: [assinatura] CID: [assinatura]

Diagnóstico Inicial:

### Exames Complementares:

(1527557) - T.C. DE FACE  
(1527558) - T.C. DE CRÂNIO  
(1527561) - TORAX PA

04.04.020 500  
cirl= 502.6

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAMU - HUT  
Confere com o Original

### Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Dra. Camila Botelho  
MÉDICA  
CRM-PI 7212

### Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: :

[assinatura] Thiago Francisco de Andrade Santos  
Assinatura Paciente ou Responsável

VICTOR ULISSES NOGUEIRA  
CRM: 3921 Em: 31/05/2020 21:05:51



NEUROLÓGICA 3/10/2020 12:00

PACIENTE VITIMA DE TCE APÓS COLHIDA POR  
MOTO HOJE POR VOLTA DAS 16h.

AO EXAME: GCS 15, PUPILAS ISÓCORAS,  
SEM DEFICIT MOTOR, SEM DOR A PALPAÇÃO  
CERVICAL.

TCC: PEQUENO INTRACRANIAL ANTERIOR  
D, SEM EFEITO HEMORRÁGICO, EM CONTATO  
C/RENTES PARIETAIS LATERAIS. ~~LESÃO~~ DE FRATURA  
NA COMPLEXA DE FACE.

CD. 1) ATUA NA NEUROLÓGICA. SEM  
INDICAÇÃO DE CIRURGIA

2) AOS CUIDADOS CBMF

3) SUBIR NENHUM TCC c/ 24h.

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAMEO HUT  
Confere com o Original

# Cirurgião Geral

4:30 3/16/20

Rx torax sem anormalidades.  
Sem alterações ao exame.

Ata do Cirurgião Geral

10:30 ~ Cirurgia Plástica

Ref. c/ fratura e complexa lesão de pele  
unilateral 16h de evolução. DS, Gueiza, Aprov. dos

Dr. Kássio Alencar Rodrigues  
Neurocirurgia  
CRM-MA 11215

Dr. Bruno Calazá Ribeiro  
Cirurgia Plástica  
CRM 3543 / RJ

Gleydson Freire  
CRM-PI 64304/1-8557





**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA**

NOME Antonio Fabio de Sousa IDADE 24 anos DATA 09/06/2020

HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
CIRURGIA REALIZADA balonotomia de COEM CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>140 x 83</u>		<u>127 x 75</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>101</u>		<u>85</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>99%</u>		<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>-</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Anuniação</u>		

**ÍNDICE DE ALDRETT-KE KROULIK**

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

ALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09

ASS. M<sup>te</sup> Jardenia de Oliveira  
COREN-PI 484.168-ENF

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POI de balonotomia de COEM; melhora clínica, 97%

M<sup>te</sup> Jardenia de Oliveira  
COREN-PI 484.168-ENF

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAMEC HUT  
Confira com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] ORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATÓRIO - SRPA**

NOME Antonio Fabio de souza IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 17-08 /2020

HORÁRIO DE ADMISSÃO 17h 20 min TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

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

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>139 x 85 mmHg</u>		<u>114/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>109 bpm</u>		<u>80</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>100 %</u>		<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>/</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>		
NOME/MATRÍCULA	<u>Antonio</u>		<u>Louizine</u>

**ÍNDICE DE ALDRÉTEE KROULIK**

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

ESCALA DE DOR: 0 (sem dor) a 10 (pior dor possível)

ESCALA DE DOR ALTA: 0 (sem dor) a 10 (pior dor possível)

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasog ( ) Nasoe
hs <u>500</u> mL	hs _____ mL	hs _____ mL	hs _____ mL		
hs <u>5</u> mL	hs _____ mL	hs _____ mL	hs _____ mL		

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

Paciente admitido na SRPA em  
por de interesse de monitorar segue calma  
19-08-2020 - Paciente monitorado na clínica

Coren-PI 305.025-ENF

Elayne Mendes R. de Oliveira  
 SAO - HUT  
 Confira com o Original

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

ALTA SRPA  
Dr. Eduardo Ramos  
 Anestesiologia  
 HORÁRIO - PI 4990 / RQE: 2864  
 ANESTESIOLOGISTA

**ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRAFICOS [ ]**

POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] JORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD





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

PRESCRIÇÃO  
MÉDICA

FMS  
Fundação Municipal  
de Saúde

NOME DO PACIENTE

Antônio Edio de Sousa

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
DATA: / / HORA: :

20/06/20 às 08:25

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

ALERGIAS

HORÁRIO

CLÍNICA

ENF. ou APT.

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE

OBSERVAÇÕES

830.262 hospit

Assistente Social  
Enfermeira  
COP-PA 6200

ALTA HOSPITALAR

Boima da Silva Junior  
Cirurgião Especialista em  
BUCA E OTO-RINOLARINOL  
Residência em Otorrinolaringologia  
CRM 1753

Elayne Mendes de Oliveira  
SAMÉ - HUT  
Conteúdo Original

MÉDICO/CRM:

MOD: 007 - HUT



**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>264634</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>	6 - Prontuário: <b>342519</b>		
7-CNS: <b>898003455552902</b>	8-Nascimento: <b>29/04/1996</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>062.242.813-60</b>
Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>	12-Fone: <b>86- 9492-7313</b>		
13-Resp: <b>FRANCISCO DE SOUSA</b>	14-Fone: <b>86- 9492-7313</b>		
15-Ender: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000</b>			
16-Munic: <b>DEMerval LOBAO</b>	17-Cod.IBGE: <b>220330</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64390-000</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0404030068</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702050482</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidata: <b>2</b>
Fornecedor da OPM: <b>GE HOSPITALAR - NF: D161094</b>		

38-Profissional Responsável: <b>MATIAS ARAUJO DA SILVA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
Data Solicitação: <b>09/06/2020</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>096.850.493-00</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO**

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

(CECILIA BRITO)

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAMEO HUT  
Confere com o Original









**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>265072</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>	6 - Prontuário: <b>342519</b>		
CNS: <b>898003455552902</b>	8-Nascimento: <b>29/04/1996</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>062.242.813-60</b>
11-Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>	12-Fone: <b>86- 9492-7313</b>		
13-Resp: <b>FRANCISCO DE SOUSA</b>	14-Fone: <b>86- 9492-7313</b>		
15-Ender: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000</b>	17-Cod.IBGE: <b>220330</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64390-000</b>
16-Munic: <b>DEMERVAL LOBAO</b>			

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0404020518</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702050482</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidata: <b>4</b>
Fornecedor da OPM: <b>SPINE</b>		

38-Profissional Responsável: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	40-Tp. Documento: CPF	Dr. José Carlos de O. G. Filho Cirurgia Bucomaxilofacial CRO-PI 2200 Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>957.650.423-68</b>	40-Tp. Documento: CPF	
41-Data Solicitação: <b>17/06/2020</b>		

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Inten. bucomaxilofacial (D e E)*

**AUTORIZAÇÃO**

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

(ANTONIO EURIVAN)

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAMO - HUT  
Confere com o Original





**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>265072</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>	6 - Prontuário: <b>342519</b>		
7-CNS: <b>898003455552902</b>	8-Nascimento: <b>29/04/1996</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>062.242.813-60</b>
11-Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>	12-Fone: <b>86- 9492-7313</b>		
13-Resp: <b>FRANCISCO DE SOUSA</b>	14-Fone: <b>86- 9492-7313</b>		
15-Ender: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000</b>	17-Cod.IBGE: <b>220330</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64390-000</b>
16-Munic: <b>DEMERVAL LOBAO</b>			

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0404030327</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702050482</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidada: <b>4</b>
Fornecedor da OPM: <b>SPINE</b>		

38-Profissional Responsável: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	40-Tp. Documento: CPF	Dr. José Carlos de O. G. Filho Cirurgia Bucomaxilofacial PRO-PI 2200 41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
42-Data Solicitação: <b>17/06/2020</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>957.650.423-68</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*fratura frontal + sequestro D e E*

**AUTORIZAÇÃO**

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

(ANTONIO EURIVAN)

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original





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



FMS

Fundação Municipal  
de Saúde

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17/06/20

NOME DO PACIENTE	Antonio Fabio de Sousa	PRONTUÁRIO Nº	342519
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Oral	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	José Carlos	CPF Nº	
AUXILIAR:		CPF Nº	
ANESTESIA:	Dr. Emanoel	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA:	Glauceide Brasil	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7-0 175	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	09	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	03	
PARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	5-0	02		ENFERMARIA: CIRCULANTE: Roxi / Ednaldo			
FITA UMBILICAL							
VICRYL	4-0	06					
PROLENO							

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original

MOD. 94







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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

### Paciente:

Nome:

ANTONIO FABIO DE SOUSA

Mãe:

MARIA ROSARIA DE JESUS

Prontuário:

342519

Cod. Internação:

265072

Nascimento:

29/04/1996

Cartão SUS:

89800345552902

### Equipe:

Cirurgião:

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO (CPF:

1o. Aux.:

(CPF:

)

2o. Aux.:

(CPF:

)

3o. Aux.:

(CPF:

)

Instrumentador:

(CPF:

)

Anestesista:

(CPF:

)

Laboratório:

Data Cirurgia:

17/06/2020

Início:

10:00

Fim:

16:00

Tipo Cirurgia:

BUCCO

Tipo Anestesia:

GERAL

Sala Cirúrgica:

?

### Diagnóstico Pré-Operatório:

Fraturas múltiplas do 1/3 médio da face

### Relatório Imediato do Patologista:

não possui

### Acidente Durante a Operação:

não houve

### Diagnóstico Pós-Operatório:

Fraturas das órbitas D e E, maxilas D e E, nariz, frontal e Zigoma D e E

### Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1 ANTISSEPSE DA FACE
- 2 MONTAGEM DOS CAMPOS ESTÉREIS
- 3 ACESSO SUBTARSAL D e E + ACESSO À SUTURA FRONTO-ORBITAL D e E + ACESSO MAXILAR + ACESSO INTERSUPERCILIAR
- 4 OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA + OSTEOPLASTIA FRONTO-ORBITAL
- 5 SUTURA

Código:	Descrição:	Proc.Rea:	Proc.Princ.:	Valor SH.:	Valor SP.:
415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	Sim	Não	0,00	0,00
0404020518	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	Não	Não	440,67	186,66
0404030327	OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL	Não	Não	400,35	224,06

Jr. José Carlos de O. G. Filho  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRE-PI 2200

Elayne Mendonça de Oliveira  
SAMEC HUT  
Confere com o Original



# FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				
DATA: 12/06/20	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	Nº DE REGISTRO	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	ALTURA
EXAMES DE URINA		DOS. URÉIA				
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA DIGESTIVO					ASMA	BRONquite
ESTADO MENTAL					SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					FÍSICOS	
					APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 L/min 2 3	15.30 16.15				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					
TEMPERATURA T	Cº 260 240 2					
P ARTERIAL V O PULSO	38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS PA, O2, F5						
TÉCNICAS					DURAÇÃO	
OPERAÇÕES					INCIDENTE - ACIDENTE	
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						

1. Indução 300mg  
 2. Propofol 150mg  
 3. Atropina 3mg  
 4. Lidocaína 0.2g  
 5. Fentanyl 10mg  
 6. Propofol 10mg  
 7. Lidocaína 40mg  
 8. Propofol 10mg  
 9. Lidocaína 40mg  
 10. Lidocaína 40mg  
 11.  
 12.  
 13.  
 14.  
 15.

TÉCNICAS: Fratura múltipla de fêmur  
 OPERAÇÕES: Geral totalitar  
 CIRURGIÕES: J. Costa  
 ANESTESISTAS: J. Costa  
 INCIDENTE - ACIDENTE: 026 rompimento da C1.  
 CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS: Elayne M. R. de Oliveira  
 SAMU - HUT  
 Confira com o Original

MOD 76 - HUT





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

*Recebido em 09/06/2020*  
*317387*

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>264624</b>

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>	6 - Prontuário: <b>342519</b>		
7-CNS: <b>898003455552902</b>	8-Nascimento: <b>29/04/1996</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>062.242.813-60</b>
10-Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>	12-Fone: <b>86- 9492-7313</b>		
11-Resp: <b>FRANCISCO DE SOUSA</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>		
15-Endere: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000</b>			
16-Munic: <b>DEMERVAL LOBAO</b>	17-Cod.IBGE: <b>220330</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64390-000</b>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <b>Paciente politraumatizado com múltiplas fraturas de face e precária abertura da boca impossibilitando entubação para cirurgia da Boca. Necessitou de traqueostomia</b>
21 - Condições que justificam a internação: <b>Necessidade de cirurgia</b>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <b>Exame físico</b>
23-Diagnóstico Inicial: <b>(Informação Posterior)</b>

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod.Proced.: <b>0415030013</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>	Tempo SUS <b>9999</b>	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b>	31-Docum.: <b>01</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>773.383.833-91</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>WILLIAM WOBER CARDOSO BARROS</b>	34-Data Solicitação: <b>09/06/2020</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) <i>William Wober C. Barros</i> <i>Cirurgião Geral e Oncológico</i> <i>CRM-PI 2472</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	<i>Elayne M. R. de Oliveira</i> <b>SAE - HUT</b> <b>Confere com o Original</b>
48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)		51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
		Usuário: (WOBER) Consulta Local: 780790 Consulta SUS: Impressão: 09/06/2020 09:42:37



<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	Nº LAUDO: 317387
	AIH: 2220101438522
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> ANTONIO FABIO DE SOUSA	<b>NASCIMENTO</b> 29/04/1996	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 342519
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> MARIA ROSARIO DE JESUS	<b>RESPONSÁVEL</b> FRANCISCO DE SOUSA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b> R GURUPI			<b>NUMERO / LOTE</b>
<b>BAIRRO</b> NOVO HORIZONTE	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL A D, EPISTASE E CORTE EM LABIO INFERIOR SUGERINDO FRATURA DE MANDIBULA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR A PALPAÇÃO; B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2 97, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS; C: BNF EM 2T, S/ SOPROS, PELVE ESTÁVEL, ABDOME FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS; PA11.5D Q15 E; ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO E

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

EXAME FÍSICO, RX TOMOGRAFIA

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> J960 - INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

<b>LEITO/CLÍNICA</b> CIRURGIA GERAL	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b>  WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS CPF: 77338383391 CRM:
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 31/05/2020
<b>DATA ADMISSÃO</b> 31/05/2020 20:56	<b>DATA ALTA</b> 17/06/2020 15:09
<b>MOTIVO ALTA</b> PERMANENCIA POR MUDANCA DE PROCEDIMENTO	

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBOR</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b>  CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA CPF: 19940017391 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>  Elayne Mendes R. Oliveira SAME - HUT Confere com o Original CPF: CRM: DATA ANALISE:
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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



FMS

Fundação Municipal  
de Saúde

Fls Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/20

NOME DO PACIENTE:	Antonio Fabio de Sousa	PRONTUÁRIO Nº:	342519
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Araral	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:		CPF Nº	
AUXILIAR:		CPF Nº	
ANESTESIA:	Pedro	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA:	Jackony	CPF Nº	

ATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.			LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Neouma	UN	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Ocorrência enferm - 01  Ellayne Mendes de Oliveira SAME - GUT Confere com o Original			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	Salina		
VICRYL				CIRCULANTE:	Fayus		
PROLENO							

MOD. 94







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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

### Paciente:

Nome:

ANTONIO FABIO DE SOUSA

Mãe:

MARIA ROSARIA DE JESUS

Prontuário:

342519

Cod. Internação:

264624

Nascimento:

29/04/1996

Cartão SUS:

89800345552902

### Equipe:

Cirurgião:

WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS (CPF: 773.333.333-33)

1o. Aux.:

RAPHAEL REBELO SOUSA (CPF: 993.808.623-34)

2o. Aux.:

(CPF: )

3o. Aux.:

(CPF: )

Instrumentador:

(CPF: )

Anestesiologista:

(CPF: )

Latório:

Data Cirurgia:

09/06/2020

Início:

09:00

Fim:

09:35

Tipo Cirurgia:

(GERAL)

Tipo Anestesia:

?

Sala Cirúrgica:

?

### Diagnóstico Pré-Operatório:

Fraturas de face

### Relatório Imediato do Patologista:

### Acidente Durante a Operação:

### Diagnóstico Pós-Operatório:

Fraturas de face

### Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Assepsia e antisepsia;
2. Campos estereis;
3. Infiltração com lidocaina em região cervical anterior;
4. Incisão longitudinal cervical mediana;
5. Dierese por planos;
6. Identificação e abertura de traqueia seguido de introdução de cânula n°8,0;
7. Fixação de cânulas + curativos.

Código:

Descrição:

Proc.Rea:

Proc.Princ.:

Valor SH.:

Valor SP.:

0415030013

TRATAMENTO CIRURGICO EM FOLITRAUMATIZADO

Sim

Não

0,00

0,00

0404020500

OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

Não

Não

405,87

183,26

104010377

TRAQUEOSTOMIA

Não

Não

394,07

160,66

*William Wobber C. Barros*  
Cirurgia Geral e Oncológica  
CRM-PI 2772

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original





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



FMS  
Fundação Municipal  
de Saúde

Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/2020

NOME DO PACIENTE: Antônio Fátio de Sousa	PRONTUÁRIO N°: 342519
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Geral	N° DA SALA: 08
CIRURGIÃO: M: Carlos Eduardo	CPF N°
AUXILIAR: M:	CPF N°
ANESTESIA: M: Pedro	CPF N°
INSTRUMENTADORA: Imis + Quália	CPF N°

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 15,24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 8.0	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° -	PAR	-	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		Elétrico	UN	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<p>OCORRÊNCIA</p> <p>Escalas 05</p> <p>Fio de max. 1 UN 01</p> <p>Capim 3-0 102</p> <p>Elayne Mendes R. de Oliveira</p> <p>SAMB - HUT</p> <p>Confere com o Original</p>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL 2.0	UN	01					
MONONYLON				<p>ENFERMARIA:</p> <p>CIRCULANTE: M: Carlos Eduardo</p> <p>JOEN - P. B. 1000</p>			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENO							

MOD. 94





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Antonio Fabio de Sousa</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura da tíbia</u>		
Operação - Tipo <u>Osteossíntese da tíbia com placa e parafusos</u>		
Cirurgião <u>Carlos Eduardo Magalhães</u>	1º Assistente <u>Luiz Roberto</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <u>Jacksony</u>	Anestesista <u>Peabro</u>	Anestesia <u>geral</u>
stético(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>Fratura da tíbia</u>		<u>0404030068 5028</u> <u>6 02 placas</u>
Relatório Imediato do Patologista		<u>0404020500 5036</u> <u>6 4 placas</u>

Acidente Durante a Operação

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

- ① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral
- ② Antissepsia e insuflação da pele e lavagem da ferida
- ③ Abertura da ferida com curativo
- ④ Enfiamento do parafuso
- ⑤ Aberto cirúrgico retroauricular, submandibular e na região da sínfise e ilíaco submandibular e ilíaco
- ⑥ Redução do fratura e fixação com sistema de placas
- ⑦ Placas
- ⑧ Sutura
- ⑨ Curativo

Carlos Eduardo Magalhães  
Cirurgião - Traumatologia  
Bucodentofacial  
CRO-MA 2573 / CRO-PI 2302

Ellayne Mendes de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original

Mod. 76 HUT





# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Doutor Fabio de Souza		DN: 29/04/96		Nº DE REGISTRO 342319	
DATA: 09/06/20	P. ARTERIAL 108x72	PULSO 78	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA 36	PESO 55 kg	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
Nega comorbidades - ASA I ; Nega alergias							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
Jejum completo de 8h ; AVP médio pensa MSD							
SISTEMA CRICULATÓRIO							
DENTORES DE VAD { Abertura de boca < 3 cm							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
Retrognatismo							
SISTEMA DIGESTIVO							
SISTEMA URINÁRIO							
ESTADO MENTAL							
CORTICOIDES							
ATARAXICOS							
OUTROS							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
FÍSICOS							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
APLICADO AS							
EFEITOS							
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES					
OXIGÊNIO		14.00					
1. Sufentanil		1.00					
2. Propofol		1.00					
3. Remifentanyl		1.00					
LÍQUIDOS		14.00					
SO-LITO 500		1.00					
SANGUE 400		1.00					
SANGUE 300		1.00					
SANGUE 200		1.00					
SANGUE 100		1.00					
TEMPERATURA		14.00					
T		1.00					
P. ARTERIAL		14.00					
V O		1.00					
PULSO		14.00					
INÍCIO E FIM ANESTESIA		14.00					
X		1.00					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		14.00					
RESPIRAÇÃO		14.00					
O		1.00					
SÍMBOLOS ANESTESIA INÍCIO: 09:00h; FIM: 14:00h							
DURAÇÃO 5h							
TÉCNICAS							
Anestesia geral balanceada							
OPERAÇÕES							
Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula							
CIRURGIÕES							
Carlos Eduardo							
ANESTESISTAS							
Pedro Vitor							
Pedro Victor dos Santos Moura							
MÉDICO							
CRP-PI 6526							
Elayne Mendes R. Oliveira							
SAME - FIST							
Confere com o Original							
INCIDENTE - ACIDENTE							
Ata anestésica em anexo							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
A SRA arterial, estável, sem queixas após 30'.							
OBS: Após monitorização, feita TAT pela cirurgia							
PARITICULARIDADES							
qual; após, incluído anestesia venosa, com							
MOD 76 - HUT							
no ventilador e ajustados parâmetros; realizada							
técnicas oculares, alívio pontos de punção							



# SUMÁRIO DE ALTA



**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:  
**342519**

Internação:  
**265072**

Nome: **ANTONIO FABIO DE SOUSA**

End. Resid.: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA

Cidade: DEMERVAL LORAO - PI

CEP: 64390-000

<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 29/04/1996	<b>Idade:</b> 24a1m18d	<b>Estado Civil:</b> Solteiro(a)	<b>Profissão:</b> FRENTISTA
<b>Internação</b>		<b>Alta</b>		<b>Permanência</b>
<b>Data</b> 17/06/2020	<b>Hora</b> 15:09	<b>Data</b> 20/06/20	<b>Hora</b> 08:21	

## Diagnósticos:

Principal: *Fraturas múltiplas dos ossos da face e do crânio*

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod. CID:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

*Paciente com hemorragia, edema, hematomas e múltiplas fraturas*

## EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Paciente com fraturas fixadas e suturas em posição*

## MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 18/06/20 Tipo: *Tratamento cirúrgico polichondro*

## PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original

Tipo de Alta: ( ) Curado (x) Melhorado ( ) Pedido ( ) Evasão ( ) Administrativa  
( ) Óbito ( ) Transferência outro serviço ( ) Outro motivo.

## TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: \_\_\_\_\_ Transporte: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

**Brunna da Silva Firmin**  
CIRURGIA ORTODONTOLÓGICA/  
BUCOMAXILOFACIAL

Ass. Médico Ass. Residência/Residente





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

PRESCRIÇÃO INICIAL No.: 118538 - Em: (31/05/2020)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc./Id:	Clinica:	Enfermagem:	Idioma:	Médico Assistente:		
780790	342519	ANTONIO FABIO DE SOUSA	29/04/1996	SALA VERDE			VICTOR ULISSES NOGUEIRA		
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:					
Hora:									
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	ORAL, Tipo ORAL ZERO,								
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"	1,00	Frasco	EV	6/6h				
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				

4 Cateterize 12/6/15 - 23:00h  
5 Decontam Mund 18/12/15 - 23:00h

Ellyne Mendes Rêgo Oliveira  
SAÚDE - HUT  
Conteúdo com o Original

Dr. Malício Araújo da Silva  
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial  
CRM-PI 7212

Dra. Camilla Botelho  
MÉDICA  
CRM-PI 7212



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

**FMS**

Fundação Municipal  
de Saúde

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Antônio Fábio de Sousa	PRONTUÁRIO	342514
DA CLÍNICA	Bucimaxilo	LEITO	232 / 16
A CLÍNICA	Clínica Médica		

**MOTIVO DA CONSULTA**

Paciente vítima de acidente moto ciclístico, evoluindo com trauma de face com necessidade de abordagem cirúrgica. Atualmente apresenta Hb 8,1g/dL; Ht 23,4%; Hemácias 2,67 milhões/mm<sup>3</sup>. Solicito avaliação e consulta.

DATA: 02/06/2020

Patrick Saboia Beserra  
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGIA  
BUCOMAXILOFACIAL  
Residente HUT/UFPI  
CRO 3.817

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

**PARECER**

Sugiro reserva cirúrgica. Exame clínico de boca e nariz de rotina!

Elayne Mendes de Oliveira  
SAMEHUT  
Confere com o Original

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

MOD.016 - HUT



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

## REQUISIÇÃO DE PARECER

DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> ANTONIO FABIO DE SOUSA		<b>Prontuário:</b> 342519
<b>Mãe:</b> MARIA ROSARIA DE JESUS	<b>Pai:</b> EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA	
<b>End.Resid.:</b> RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI - CEP: 64390-000		
<b>Nascimento:</b> 29/04/1996	<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- 9492-7313
<b>CNS:</b> 898003455552902	<b>Documento:</b> CPF: 062.242.813-60	

DADOS DA REQUISIÇÃO/ATENDIMENTO:

Id.Reg.: 118		Data Req.: 09/06/2020 17:17:13	Origem.Atend.: INTERNAÇÃO
Prof.Solicitante: CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA			Cod.Atend.: 264634
Clínica: CLINICA ORTOPEDICA - P11	Enfermaria: ENFERMARIA 232	Leito:	LEITO 16

Especialidade Requerida:

CIRURGIÃO GERAL

**MOTIVO DA CONSULTA/REQUISIÇÃO:**

PACIENTE EM P.O IMEDIATO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, TENDO SIDO SUBMETIDO A TRAQUESTOMIA. PACIENTE APRESENTANDO SANGRAMENTO DO ACESSO PARA TRAQUESTOMIA. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA.

TERESINA (PI), 9 de Junho de 2020.

Carlos Eduardo M. Batista  
Cirurgia e Traumatologia  
- Maxilofacial -  
CRM-MG 101.100-PI 2302  
Médico Solicitante

RECER:

# Piruacis Germ - 08/06/2020 19 17:20h

- SOLICITADO PARECER POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO POR TRAQUEOSTOMIA  
Ao EF<sup>to</sup> TRAQUEOSTOMIA FUNCIONANDO, PET GURNEÍCO EM SA, SEM SINAIS DE HEM-  
TOMA E SEM SANGRAMENTO ATIVO.

CD: - Sem ex cingulos de urgência

- Voluntas + Observatio

Dr. Raphael Rebelo Sousa  
MÉDICO / CIRURGIA GERAL  
CRM - PI: 6346 / CRM - MA: 9332

Médico Especialista

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME BUT  
Confere com o Original





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - IT**  
Rua Dr. Ottoni Tito 1820 Redenção - fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO INICIAL No.: 121082 - Em: (09/06/2020)

HISTÓRICO INICIAL NO.: 121082 - EM: (09/06/2020)									
Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc./Id:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Medico Assistente:		
264120	342519	ANTONIO FABIO DE SOUSA	29/04/1996	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 812	LEITO 18	MATIAS ARAUJO DA SILVA		
<b>Evolução:</b>			24Jun20		<b>Alergias:</b> NECA		<b>Diagnostico/Comorbidades:</b> 9 DTH - Fratura parafacial (CORR Bilateral) + NOE + Hemiflexão (Código D + sintomas + Angulo R)		
Hora:			<p>Paciente estável, consciente, orientado, em jejum no momento da passagem de leite materno. Acuteia bem a dieta, sem queixas digestivas importantes. Recebeu transfusão hemática 4,02 ml/hos/mm3  Hemoglobina 11,7 g/dL  Hematócrito 35,5 %  Leucócitos 1170/mm3 - discreta leucocitose  Contagem de PLAQUETAS 319.000/mm3</p>						
Seq.:	Descrição- Apresentação/ Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:
Dieta	ORAL Tipo LÍQUIDA ZÁRSOSA. <i>Atto zero</i>								RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	CERAFLOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.		4,00	Frasco-	EV	6/6h			<i>18h</i> <i>19:30h</i> <i>fratura da 7ª</i>
2	DECAMETASONA 4MG/ML, INJ 2,5ML		2,00	ampola	EV	12/12h			<i>18h</i> <i>19:30h</i> <i>fratura da 7ª</i>
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ 3/SOL. INT.		1,00	ampola	EV	12/12h			<i>18h</i> <i>19:30h</i> <i>fratura da 7ª</i>
4	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		2,00	ampola	EV	5/6h			<i>18h</i> <i>19:30h</i> <i>fratura da 7ª</i>
5	TRAMADOL 100MG/2ML, INJETÁVEL 50		2,00	ampola	EV	12/12h			<i>18h</i> <i>19:30h</i> <i>fratura da 7ª</i>
6	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		50,00	mg	EV	8/8h			<i>18h</i> <i>19:30h</i> <i>fratura da 7ª</i>

Observações Gerais,  
Suspensões e Alterações:

JELCO SALINIZADO  
CURATIVO DIÁRIO  
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6 HORAS  
HIGIENE ORAL COM CLOREXIDINA 0,12%

**Lais Carlloso**  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucodentofacial  
CRO-PI 4530  
RESIDENTE - HU/UFRJ

Dr. Maria Luiza da Silva

# CTQME  
E' interessante de fazer compara  
de medidas no mesmo tempo  
linear, o percent de tim  
intervalos em segundos de 2  
Tempos linear não 7/10 0/10

Top 100

1094706/2020 07:01:53

INACTIVE APPLICATION

Energy 47 (2015) 849–857





**ESCA**  
**DE AVALIACAO DE RISCO**

DATA  
/06/2

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS : ( ) MINIMOS ( ) INTERMEDIARIOS ( ) SEMI-INTENSIVAS ( ) INTENSIVOS

SINAIS VITAIS						ENTRADAS			SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT. O <sub>2</sub>	GLUC. CAP.	HV	HEMO	SOND/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24	36			<del>100</del> 70						100ml	
06	36,6	76		<del>106</del> 68						500ml	

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:
* PRECIPUA SINTOMAS (Unificação):			
- 1-Idadente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma			
* LIMBADE (Medição):			
- 1-Congestivamente / 2-Muito / 3-acessivamente / 4-Facilmente			
* ATIVIDADE:			
- 1-Acamado / 2-Cadeira / 3-Anda / 4-Anda livremente			
* MOBILIDADE (Unificação):			
- 1-Idadente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma			
* NUTRIÇÃO:			
- 1-Muito pobre / 2-Inadequada / 3-Adequada / 4-Excelente			
* FRACÇÃO E CUMULATIVO:			
- Problema / 2-Problema Potencial / 3-Nenhum Problema			
TOTAL:			

**ALTO RISCO**  
BRC > 15

**MEDIO RISCO**  
BRC = 12 A 14

**BAIXO RISCO**  
BRC > 14

Diagrama de um corpo humano visto de cima e de frente, com setas apontando para as áreas lesionadas no tronco e nos membros superiores.

Diagrama de um corpo humano visto de cima e de costas, com setas apontando para as áreas lesionadas no tronco e nos membros superiores.

**MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"**

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:	PONTOS:	CONTEÚDO:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SM - 25 / NÃO - 0		SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SM - 15 / NÃO - 0		
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Morbidos / Paralis - 30 / Múltiplas / Abengasulizador - 15 / Nenhum / Com auxílio do Profissional Saúde - 0		BAIXO RISCO BR: 25-59
4. TERAPIA ENDOVENEOSA: SM - 20 / NÃO - 0		
5. MARCHA: Compensada / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem desequilíbrio / Caminhado, calçada e de rodas - 0		ALTO RISCO AR: > 51
6. ESTADO MENTAL: Superiores capacidade / Esquece litramento - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitado - 0		
TOTAL:		CLASSIFICAÇÃO:

## EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Intenso  
Glasgow: AO / RV / RM =

2. Locomoção: ( ) Deambula ( ) Acamado ( ) Restrito ao leito por orientação  
( ) Paralisia ( ) Plegia ( ) Hemiparesia  
( ) Déficit Motor

3. Respiração: ( ) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Aquipnéico ( ) QT  
( ) Sem O<sub>2</sub> ( ) Com O<sub>2</sub>:

4. Sistema Cardiovascular: ( ) ENR ( ) ENF ( ) ZT ( ) Normocárdico  
( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Outros:

5. Dieta: ( ) VO ( ) SNE/SNG ( ) SOE/SOG ( ) GTT ( ) NPT ( ) Dieta zero  
( ) Boa aceitação ( ) Aceita Parcialmente ( ) Não aceita ( )  
( ) Tímpanico ( ) Polvoroso ( ) Indiferente ( ) Outros:

7. Pele e mucosas: ( ) Normocrômico ( ) Hipocrômico ( ) Ictérico ( ) Integral  
( ) Edematosas ( ) Hidratado ( ) Lesões Bolhosas  
( ) Escoriações ( ) LPPs

8. Hidratação: ( ) MAV ( ) AVC ( ) Outros:

9. Drenos: ( ) Suctor ( ) Torácico ( ) DVE ( ) Kner  
( ) Penrose ( ) Outros:

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

11. Evacuação: ( ) Presentes ( ) Constituído ( ) Diarréia ( ) dias  
( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Outros:

12. Admissão: 12.1: Alergias ( ) Não ( ) Sim, Quais?  
12.2: Comorbidades: ( ) Não ( ) Sim ( ) Outras, Quais?  
12.3: Medicamentos de uso contínuo:

07:50 Enunciado paciente ao Dr. C.

Clínica Regente Dos Ors  
CORREIO 248, 736-EN

16:45 ~~Receita~~ retornar em 1h e 15min da  
com, veio com a questao e, foi solicitado  
siga na direcao unificada, em abto. com  
modo duplo em movimento, sem sinal,  
Christiane Freitas de Dias Gomes  
CONTINUA 2AB7730-ENF



Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO: 1050212029</b>	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 128125	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> CIRURGIA GERAL		
<b>PACIENTE:</b> ANTONIO FABIO DE SOUSA	<b>NASCIMENTO:</b> 29/04/1996	

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

31/05/2020 19:24:40 - USUÁRIO RESPONSÁVEL: BRUNO DE ARAUJO BRITO  
ESTABELECIMENTO: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA  
-- HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE POLITRAUMA VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO, SEM USO DE CAPACETE, ALCOOLIZADO. FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HA 1 HORA. APRESENTA-SE A UPA DO RENASCENÇA COM TRAUMA DE FACE (FRATURA EM LIVRO ABERTO DE MANDIBULA), LEFORT GRAU 2.  
A: VIAS AEREAS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;  
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAQ2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;  
C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3, SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.  
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR.  
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TÓRAX. -- EXAMES FÍSICOS: A: VIAS AEREAS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;  
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAQ2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;  
C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3, SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.  
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR.  
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TÓRAX. -- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: POLITRAUMA  
EFOR GRAU 2  
CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE

#### COMORBIDADE:

<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 90x60(mmHg)	<b>FREQ. CARDÍACA:</b> 120bpm	<b>SATURAÇÃO:</b> 88%	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 22rpm
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 12	<b>USO DE O2:</b> Cateter nasal	

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATO + ÁCIDO TRANEXAMICO

**DATA:** 31/05/2020 19:32:32

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes R. Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original







Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO: 1050212029</b>	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 128125	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> CIRURGIA GERAL		
<b>PACIENTE:</b> ANTONIO FABIO DE SOUSA		<b>NASCIMENTO:</b> 29/04/1996

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

31/05/2020 19:24:40 - USUÁRIO RESPONSÁVEL: BRUNO DE ARAUJO BRITO  
ESTABELECIMENTO: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA  
- HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE POLITRAUMA VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO, SEM USO DE CAPACETE, ALCOGLIZADO. FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HA 1 HORA. APRESENTA-SE A UPA DO RENASCENÇA COM TRAUMA DE FACE (FRATURA EM LIVRO ABERTO DE MANDIBULA), LEFORT GRAU 2.  
A: VIAS AEREAS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;  
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAO2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;  
C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3, SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.  
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DEFICIT MOTOR.  
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TÓRAX. -- EXAMES FÍSICOS: A: VIAS AEREAS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;  
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAO2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;  
C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3, SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.  
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DEFICIT MOTOR.  
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TÓRAX. -- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: POLITRAUMA EFOR GRAU 2  
CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE

#### COMORBIDADE:

<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 90x60(mmHg)	<b>FREQ. CARDÍACA:</b> 120bpm	<b>SATURAÇÃO:</b> 88%	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 22rpm
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 12	<b>USO DE O2:</b> Cateter nasal	

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATO + ÁCIDO TRANEXAMICO

**DATA:** 31/05/2020 19:32:32

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
SAMEO HUT  
Confere com o Original



PACIENTE: ANTONIO FABIO DE SOUSA - 29/04/1996 - 24 ANOS [M]  
ALERGIAS:

CRM: 8189 PROFISSIONAL: BRUNO BRITO

CTRL: 33731190c2911b1d858ac8b0ca4499

DIAGNÓSTICOS / EVOLUÇÃO

PACIENTE POLITRAUMADO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO SEM USO DE CAPACETE ALCOOLIZADO FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HA 1 HORA APRESENTA-SE EM UPA DO RENASCENÇA COM TRAUMA DE FACE (FRATURA EM LÍNGUA ABERTO DE MANDIBULA) LEFORT GRAU 2  
# VIAS AERIAS NÃO PREVEAS SEM USO DE COLAR CERVICAL B MV REDUZIDOS EM AMBOS OS LADOES  
# MITORAX SAOZ 93% CATETER NASAL 3L/MINUT, FR 24RPM  
# RR EM 21 BNF SS, # MODIFICACAMENTE INSTAVEL, PA 90X60 REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLEMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 10RPM FC 120BPM CHOQUE GRAU 3 SEM FORT OXIGENIO SEM INSTABILIDADE DE BACIA  
# ECG: 94-102-96, 12, PULSILAS SOCORRICAS E FOTOREAGENTES AGITADO, SEM DEFICIT MO TOR  
# ESCORRACÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORRACÕES EM TORAX  
# HIPÓTESE DIAGNOSTICA: POLITRAUMADO LEFORT GRAU 2 CHOQUE HIPOVOLEMICO GRAU 3

DIETA ZERO

1. DIETA ZERO
2. UNICED + ANTATO 500ML - 01 FRASCO - EV ACM
3. ACIDO TRANÇAMICO 250MG/5ML - 04 AMPOLAS + SF 0,9% 100ML EV CORRER ABERTO
4. TRAMA 100MG/2ML - 01 AMPOLA + SF 0,9% 100ML EV ACCF
5. SSV + CUGG

SOLICITO TRANSFERENCIA

1. Dexametasona 2,5mg/ml - 1amp + 10mg 10% 100ml **Bruno Brito**  
Medico CRM-PI 8189
8. Dextrose 40mg/ml - 2ml + 500mg 18mg
9. Dipirona 500mg/ml - 2ml + 500mg 100mg
10. Insulina 100UI/ml - 1ml + 100UI 10UI

Elayne M. S. R. de Oliveira  
SABE - HUT  
Confere com o Original

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM / OBSERVAÇÕES





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES  
FICHA PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS/EXAMES

FICHA PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS/EXAMES	
ESTAB. SOLICITANTE:	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENAS/TERESINA
ENDEREÇO:	R GURUPI, BAIRRO NOVO HORIZONTE, NOV HORIZONTE, TERESINA

### DADOS PESSOAIS

DADOS PESSOAIS		DADOS PESSOAIS		DADOS PESSOAIS	
IDENTIFICADOR	97585	NOME DO PACIENTE	RAÇA/COR	NASCIMENTO	IDADE
DOCUMENTO		ANTONIO FABIO DE SOUSA		29/04/1996	24 Ano(s)
TELEFONE(S)		NOME DA MÃE			
TELEFONE(S)		MARIA ROSARIO DE JESUS			
ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		COMPLEMENTO		
R. GURUPIM					
Bairro	Município				
Bairro Nova Horizonte Nova Horizonte	Teresina				

### DADOS CLINICOS

ACIDENTE DE TRÂNSITO. VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO. SEM USO DE CAPACETE, ALCOOLIZADO. FAMILIAR RUI FERREIRA QUE ACIDENTE OCORREU ÀS 11 HORAS. APRESENTA-SE A ÚNICA RENASCENÇA COM TRAUMA DE FRACTURA EM LIVRO ABERTO DE MANDIBULA ESQUERDA GRAU 2. A VIAS AERIAS NÃO PREVIAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL. B. MY REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAO2: 93% (CATETER NASAL 5L/MIN), FR: 24RPM, CR: 66 E 72, BNF: 55. HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, PA: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLEMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSFUSÃO (GRAMA GR: 120BPM, CHOQUE GRAU 3 SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA, D: ECG: 04+02+06: 12, 100% AS SÓCICAS E FOTORREFLENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR. E. ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TORAX.

## PROCEDIMIENTO(S)

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
0206030037 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELE BACIA ABDOMEN INFERIOR - OBS	
0206030010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - OBS	
0206020031 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - OBS	
0206010079 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO - OBS	
0206010044 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES - OBS	

## DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO:	PROFISSIONAL SOLICITANTE (CARIMBO/ASSINAT.)
31/05/2020 14:25:15	<b>Bruno Brito</b>  Médico CRM-PI 8189
	CPE: 04.293.590334 BRUNO DE ARAUJO BRITO CRM: 8189

## DADOS DO AGENDAMENTO

Nº AUTORIZAÇÃO:		DADOS DO AGENDAMENTO	
LOCAL DE ATENDIMENTO:		AGENDA:	
ENDEREÇO:	BAIRRO:		
FONES:			
PROFISSIONAL:			
COMPARCIMENTO (DATA/HORA):			

CARO USUARIO,

Compareça a unidade de saúde 30 (trinta) minutos antes do horário

So entregue esta ficha e ou assine qualquer documento se houver.

Se voce não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja marcada nova consulta.

EXCLUSIVO PARA  
ATENDIMENTO NESTE  
ESTABELECIMENTO

RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO  
(CARIMBO/ASSINAT.)

CTF	CRM
-----	-----

**CÓDIGO ENCAMINHAMENTO: 60773815202337908**

CTRL\_780N4dten-960...dis"n-commen...rshof...kde...m-soc-3...ages...44...tensid...2...g...T...4...4...N...S...G...

1 of 4

Ellayne Mendes Rê Oliveira  
SAME - HJT  
Conferir com o Original

$\bar{z} = 8.7920 \pm 1$



<http://tjpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810471328900000012886733>

Número do documento: 20120810471328900000012886733

Num. 13624628 - Pág. 33



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

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

4 laudos no DATAMED

328697

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**

**265072**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: **ANTONIO FABIO DE SOUSA**

6 - Prontuário: **342519**

-CNS: **89800345552902**

8-Nascimento: **29/04/1996**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **062.242.813-60**

1-Mãe: **MARIA ROSARIA DE JESUS**

12-Fone: **86- 9492-7313**

1-p: **FRANCISCO DE SOUSA**

14-Cor: **Sem Informação**

Endereço: **RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000**

16-Munic: **DEMerval LOBAO**

17-Cod. IBGE: **220330**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64390-000**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Intussusção do Meio D. e E. + íleo D. e E. +  
morte + úlcera*

21 - Condições que justificam a internação:

*3 laudos pl*

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

Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28-Cod. Proced.: **0415030013**

27-Procedimento Solicitado:  
**TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO**

Tempo SUS  
9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** **01** C.F. **957.650.423-68**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

**JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO**

**17/06/2020**

*Dr. José Carlos de O. G. Filho*  
*Cirurgião Bucodentofacial*  
*CRO-PI 2200*

Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Reg.:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

*Ellayne Melo R. de Oliveira*  
*SAMB - HUT*  
*Confere com o Original*

48-Documeto:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **(ANTONIO EURIVAN)**  
Consulta Local: **780790**  
Consulta SUS:  
Impressão: **17/06/2020 15:08:30**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810471328900000012886733>

Número do documento: 20120810471328900000012886733

<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>		Nº LAUDO: 321697
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2220101446552

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> ANTONIO FABIO DE SOUSA	<b>NASCIMENTO</b> 29/04/1996	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 342519
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> MARIA ROSARIO DE JESUS	<b>RESPONSÁVEL</b> FRANCISCO DE SOUSA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b> R GURUPI		<b>NUMERO / LOTE</b>	
<b>BAIRRO</b> NOVO HORIZONTE	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL A D. EPISTASE E CORTE EM LABIO INFERIOR SUGERINDO FRATURA DE MANDIBULAA. VIAS AÉREAS PERVIAS. CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR A PALPAÇÃO. B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA. BOA SPO2 97. MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. C: BNF EM 2T, S/ SOPROS. Pelve estável. ABDOME FLÁCIDO. Q15 E: ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO E

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

EXAME FÍSICO. RX TOMOGRAFIA

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
---	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

<b>LEITO/CLÍNICA</b> CIRURGIA GERAL		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> MATIAS ARAUJO DA SILVA CPF: 09685049300	
<b>CARÁTER</b> URGÊNCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 17/06/2020	<b>CRM:</b>	
<b>DATA ADMISSÃO</b> 17/06/2020 15:09	<b>DATA ALTA</b> 20/06/2020 08:25	<b>MOTIVO ALTA</b> ALTA MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBOR</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b> Elayne Mendes R. de Oliveira CRM: 5828856 DATA ANALISE: 17/06/2020 15:12:46
<b>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:</b>	

CRM: 5828856  
Elayne Mendes R. de Oliveira  
DATA ANALISE: 17/06/2020 15:12:46  
SAMG - HUT  
Confere com o Original









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

**FMS**

Fundação Municipal  
de Saúde

## SOLICITAÇÃO DE OPME (ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Antonio Fabio de Sousa pt= 342519

MÉDICO SOLICITANTE: Jose Carlos

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO OPME: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA:

Foi feita a tubos infra - orbitais V  
com o b. p. em b. orbitais D e E.

Teresina, 17/06/2020

Dr. José Carlos de O. G. Filho  
Cirurgia Bucocomaxilofacial  
CRO-PI 2200

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original

Assinatura do Médico Solicitante

MOD. 049 - HUT





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780790  
Requisição: 1099294 Solicitação: 31/05/2020 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA  
Controle: 1527557 Convênio: S U S

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 31/05/2020

## T.C. DE FACE

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

### RELATÓRIO:

- FRATURAS FOCAIS ASSIM LOCALIZADAS:
  - . PROCESSO CONDILAR DIREITO, CORPO E RAMO ESQUERDO MANDIBULARES;
  - . ARCOS ZIGOMÁTICOS;
  - . PROCESSOS PTERIGOIDES;
  - . PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
  - . SEPTO NASAL;
  - . OSSOS NASAIS;
  - . TRABECULADO ETMOIDAL;
  - . LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
  - . PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
  - . PALATO DURO À DIREITA.
- HEMOSSINUS DIFUSO.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 31/05/2020

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. Oliveira  
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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
 Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
 Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 264624  
 Requisição: 1102775 Solicitação: 09/06/2020 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS  
 Controle: 1537334 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 12

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/06/2020

**T.C. DE FACE**

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

**RELATÓRIO:**

- CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURAS LOCALIZADAS NO RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:
  - . MANDÍBULA (DETALHADA ACIMA);
  - . ARCOS ZIGOMÁTICOS;
  - . PROCESSOS PTERIGÓIDES;
  - . PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
  - . GLABELA;
  - . SEPTO NASAL;
  - . OSSOS NASAIS;
  - . TRABECULADO ETMOIDAL;
  - . LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
  - . PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
  - . PALATO DURO;
  - . MAXILA À DIREITA
- HEMOSSINUS DIFUSO.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 09/06/2020

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira  
 SAME - HUT  
 Confira 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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 264634  
Requisição: 1105396 Solicitação: 16/06/2020 Solicitante: CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA  
Controle: 1544707 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 12

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 16/06/2020

### T.C. DE FACE

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

#### RELATÓRIO:

- CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURAS LOCALIZADAS NO RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:

- . MANDÍBULA (DETALHADA ACIMA);
- . ARCOS ZIGOMÁTICOS;
- . PROCESSOS PTERIGÓIDES;
- . PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
- . GLABELA;
- . SEPTO NASAL;
- . OSSOS NASAIS;
- . TRABECULADO ETMOIDAL;
- . LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
- . PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
- . PALATO DURO;
- . MAXILA À DIREITA.

- HEMOSSINUS DIFUSO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/06/2020

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI  
Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira  
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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
 Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
 Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780790  
 Requisição: 1099294 Solicitação: 31/05/2020 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA  
 Controle: 1527558 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/05/2020

**T.C. DE CRANIO**

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

**RELATÓRIO:**

- PNEUMOENCÉFALO DIFUSO.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DOS VENTRÍCULOS LATERAIS.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 31/05/2020

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira  
 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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780790  
Requisição: 1099297 Solicitação: 31/05/2020 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA  
Controle: 1527561 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 31/05/2020

**TORAX PA**

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

- OPACIDADES PARENQUIMATOSAS DIFUSAS NO PULMÃO ESQUERDO.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/06/2020

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira  
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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 265072  
Requisição: 1105955 Solicitação: 17/06/2020 Solicitante: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO  
Controle: 1546342 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 12

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204010128

Data Exame: 17/06/2020

### FACE (02 INCID)

O estudo radiológico da face foi realizado em duas incidências.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- Controle de osteossíntese de múltiplas fraturas na face com presença de miniplaca e parafusos metálicos.
- Velamento dos seios maxilares e frontais.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/06/2020

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira  
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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a2m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 786248  
Requisição: 1117773 Solicitação: 15/07/2020 Solicitante: DANTE NUNES FERNANDES BATISTA  
Controle: 1582061 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 15/07/2020

### T.C. DE FACE

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

#### RELATÓRIO:

- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSÍNTESE NAS BORDAS DAS ÓRBITAS, NA REGIÃO DA GLABELA, NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES, E NA REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA, NO ÂNGULO ESQUERDO E NO RAMO DIREITO DA MANDÍBULA.
- PLACAS METÁLICAS NOS ASSOALHOS DAS ÓRBITAS.
- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ACOMETENDO:
  - \* PAREDES DAS ÓRBITAS E DOS SEIOS FRONTAIS, ETMOIDAIIS E MAXILARES.
  - \* ARCO ZIGOMÁTICO BILATERAL.
  - \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
  - \* PROCESSOS PTERIGÓIDES.
  - \* ALVÉOLO DENTÁRIO MAXILAR E PALATO DURO À DIREITA.
  - \* RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- HEMOSSÍNUS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/07/2020

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

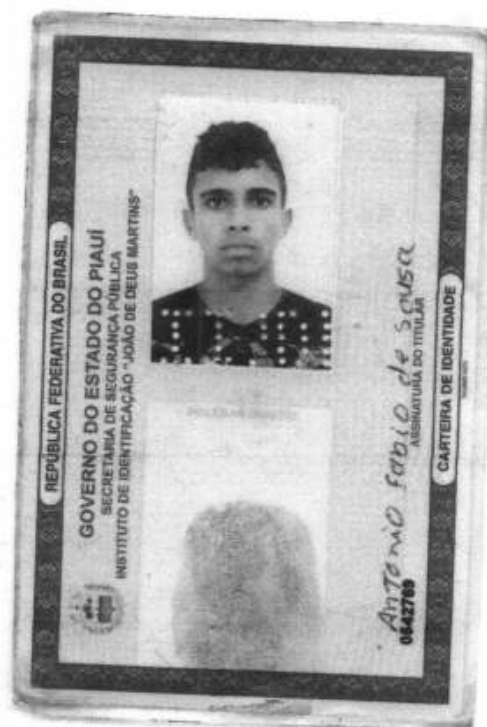
CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Elayne Mendonça R. de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original







## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281899/20

**Vítima:** ANTONIO FABIO DE SOUSA

**CPF:** 062.242.813-60

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 31/05/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO FABIO DE SOUSA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**ANTONIO FABIO DE SOUSA : 062.242.813-60**

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: 05/10/2020  
Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA  
CPF: 062.242.813-60

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

ANTONIO FABIO DE SOUSA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





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, 21 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200357226**

**Vítima: ANTONIO FABIO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 31/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO FABIO DE SOUSA**

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ANTONIO FABIO DE SOUSA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000030871-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200357226 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FABIO DE SOUSA **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. P 36  
FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA BILATERAL (LE FORT 2). P 10, 28, 41

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 11, 13, 18, 20  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO LEVE DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 062. 242. 813-60 3 - CPF da vítima: 062. 242. 813-60 4 - Nome completo da vítima: Antônio Fabio de Sousa

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

5 - Nome completo: Antônio Fabio de Sousa 6 - CPF: 062. 242. 813-60  
7 - Profissão: Recusado-me 8 - Endereço: 16 Lagos SIN 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Beneditinos 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.330.000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8844-0400

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 (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389

CONTA: 30871

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina, Piauí 05/10/2020.

Antônio Fabio de Sousa

Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Fls: 1

Visto:



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**POLÍCIA CIVIL**

**DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00041396/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora início do Registro: 05/10/2020 13:31:24 Data/Hora Fim: 05/10/2020 13:31:24  
Origem:  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 31/05/2020 19:30

**Local do Fato**

Município: Teresina (PI)  
Bairro: Povoado Formosa  
Logradouro: PI DO RODOANEL  
Tipo do Local: Via Pública



Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: ANTONIO FABIO DE SOUSA (COMUNICANTE , VÍTIMA )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 29/04/1996	Idade: 24
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Beneditinos - PI	
Nome da Mãe: Maria Rosario de Jesus			

**Documento(s)**

CPF: 062.242.813-60

**Endereço**

Município: Demerval Lobão - PI  
Logradouro: RUA SANTA LUZIA  
Bairro: CIDADE NOVA  
Telefone: (86) 9595-7004 (Celular)  
Nº: 507

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )
Nacionalidade: Brasileira

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta	CPF/CNPJ do Proprietário 601.926.783-02



Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Data de Impressão: 05/10/2020 13:41:33

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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



Nº: 00041396/2020

Placa LWD3815	Renavam 00921934912
Número do Motor KC08E67009420	Número do Chassi 9C2KC08607R009420
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007	Cor VERMELHA
UF Veículo PI	Município Veículo Beneditinos
Marca/Modelo HONDA/CG 150 SPORT	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 18/06/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Antonio Fabio de Sousa	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA ESTAVA NA VIA CONTRÁRIA E COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA A UPA DO RENASCENÇA, DEPOIS PARA O HUT. DECLARAÇÕES DA VITIMA.

**ASSINATURAS**

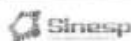
 Almiralce Ribeiro Lebre Carlos Escrivão Matrícula 0097616 Responsável pelo Atendimento	 Antonio Fabio de Sousa Comunicante: Vítima
--	---

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei porgem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Erika Mourao Melo de Aguiar

**Delegado de Polícia**

Matrícula 1300768

Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Data de Impressão: 05/10/2020 13:41:33Página 2 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

042.242.813-60

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Fabio de Sousa

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

5 - Nome completo:

Antonio Fabio de Sousa

6 - CPF:

042.242.813-60

7 - Profissão:

Recuso-me

8 - Endereço:

Le Lopes S/N

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Rural

12 - Cidade:

Benedictinos

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

64.380.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

8844-0400

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

9389

CONTA:

30871

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teófilo, PR 05/10/2020.

Antonio Fabio de Sousa

Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

