

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, Consulta pr, PJM 0800241-94, (45) Whats, Baixar o art, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=211194&ca=46885f5af7b7a6c009ccf58a7b7b1be5b85...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Portal do Advogado, Google, Zimbra: Movimenta..., Publicações, Email - Alana Lima..., Online Video Cutter...

Header: **PJE** ProceComCiv 0800241-94.2019.8.18.0034
ANTONIO GOMES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

Document Title: 14859660 - CONTESTAÇÃO (2784582 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/02/2021 09:56:19

Left Panel (22 Feb 2021):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14859653 - CONTESTAÇÃO
 - 14859660 - CONTESTAÇÃO (2784582 CONTESTACAO 01)
 - 14859664 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14859666 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14859670 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14859671 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Right Panel (downloadBinario.seam):

1 / 10 | 100% | 2784582 - CS/ 2021-00244/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGUA BRANCA/PI

Taskbar: 09:56 22/02/2021



Número: **0800241-94.2019.8.18.0034**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Água Branca**

Última distribuição : **15/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.257,87**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO GOMES DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO BARBOSA SOUSA (ADVOGADO) MARCOS VINICIUS MACHADO VILARINHO (ADVOGADO) RODOLFO LUIS ARAUJO DE MORAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14859 664	22/02/2021 09:56	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170657519**

Vitima: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Data do Acidente: **13/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170657519**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12137969

Pag. 01823/01824 - carta_01 - INVALIDEZ



00020912



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUVENAL RIVES NOGUEIRA JUNIOR,

RG nº 1.443.220, data de expedição 14/06/17

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 727.293.593-20, com

domicílio na cidade de ÁGUA BRANCA, PI, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MAJOR ANTÔNIO LOPES, nº 484,

complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menconado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ANTÔNIO GOMES DA SILVA, cujo o condutor era

ANTÔNIO GOMES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA POP. 110I

Ano: 2016/2017

Placa: PIZ-6401

Chassi: 9C28D100HR230T97

Data do Acidente: 13-08-2017

Local e Data: ÁGUA BRANCA, PI, 02.11.2017

Juvenal Rives Nogueira Junior
Assinatura do Declarante

Antonio Gomes da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço a(s) firma(s) como verdadeira(s)

de Juvenal Rives Nogueira Junior

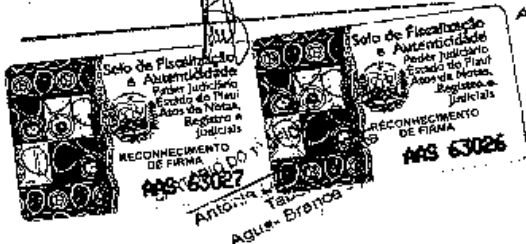
e Antonio Gomes da Silva

O referido é verdadeiro, dou fé

ÁGUA - Branca - PI, 22/11/2017

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

Antônio Leal P. F. Leite
Tabela
Água - Branca - PI



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



e <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.asp?xtipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, extirpar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Adriana Carla de Sousa Silva inscrita (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Gomes da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 536.800.303 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima
Antonio Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 536.800.303 / 04 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Sete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>lento</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Salvador</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325.000</u>
Email <u>carladuonassouza@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(186) 9402.2764</u>	Telefone celular (DDD) <u>9981.6008</u>

Salvador, 29 de novembro de 2017
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DLDR1_001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



e <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.asp?xtipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, extirpar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Adriana Carla de Sousa Silva inscrita (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Gomes da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 536.800.303 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima
Antonio Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 536.800.303 / 04 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Sete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>lento</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Salvador</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325.000</u>
Email <u>carladuonassouza@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(186) 9402.2764</u>	Telefone celular (DDD) <u>9981.6008</u>

Salvador, 29 de novembro de 2017
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DLDR1_001 V001/2017





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.307.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

2624741-0

Hidrometro

A12L004635

JUL/2017

Nome/Razão Social/Endereço

MAHIA DO SOCORRO GOMES DA SILVA
RUA LUIS DO JO, QEC01
BUI LINGAO
AGUA BRANCA 64460000

AG= 108

Subsistema
Água/Esgoto

3/1

1

Categoria de Uso

Residência

3 1 09 1841 0052-000

08/06/2017

06/07/2017

28

Mês/Ano	Consumo de Consumo	Consumo	Dom.
01/17	396	8	0
02/17	407	11	0
03/17	419	12	0
04/17	428	9	0
05/17	434	6	0
06/17	440	6	0
07/17	445	5	0

443

Forma de pagamento

FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO

028359157

Código de Verificação

01

8

5

10

Cód. Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPONTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENCAO HIDROMETRO

Valor (R\$)

25,73

1,32

2,13

1,60

Comprovante de residência



17/07/2017

30,78

AVISO DE DEBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$28,47
CONFIRME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Período	Valor Mínimo Percebido	Valor Máximo Percebido	Valor Médio
01/17	0.60	3.07	1.33
02/17	0.60	3.07	1.33
03/17	0.60	3.07	1.33
04/17	0.60	3.07	1.33
05/17	0.60	3.07	1.33
06/17	0.60	3.07	1.33
07/17	0.60	3.07	1.33

PRESEERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
11 DEZ 2017
DPVAT



Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888

Inscrição

3 1 09 1841 0052-000

AG= 108

Hidrometro

2624741-0

Residência

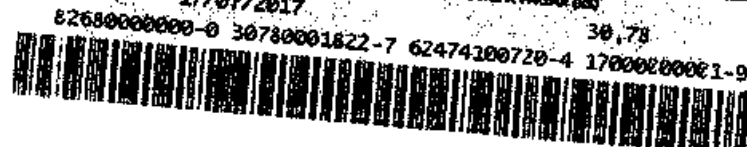
JUL/2017

VENCIMENTO

17/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,78



TIM Celular S.A.
Avenida Serafim, 1989 - Sala 6
Centro - Teresina - PI
CNPJ: 04.206.050/0001-84 - IE: 19.455.632-8
CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80

TIM

Página 1 de 6

R\$ 134,27

VENCIMENTO

25/10/2017

EMISSION: 07/10/2017

POSTAGEM: 16/10/2017

NÚMERO: 3215557866



CTCE FORTALEZA CE PL8
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO 244 CS
CENTRO
84325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 1.51688701

ACESSO: 86 99981-6008



Comprovante de residência

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/nomodigito.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/SET A 06/OUT

SERVIÇOS	VALOR
MENSALIDADES	R\$ 109,90
MENSALIDADES ADICIONAIS	R\$ 9,80
ITENS EVENTUAIS	R\$ 0,00
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 11,25
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,37
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,82
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,13

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES

Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos

Oferta TIM Pós A Plus (087/PÓS/SMP)

4 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

TIM Music (Incluso)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
		1	30	07/09 a 06/10	75,20
4GB	2,02GB	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
Pacote	183m24s	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
		1	30	07/09 a 06/10	9,90

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meutim.com.br. Central de Atendimento: 1056.

CONTA ONLINE TIM

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

IMPOSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	PS 0,68
ICMS	25%	R\$ 34,72	R\$ 8,68	FUNTEL: R\$ 0,34	
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,23%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições de FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

**PJ CORRETORES
DE SEGUROS**
11 DEZ 2017

DPVAT

2017/10/27 11:09:59 SP 10 EP 1340 ADM49
PL0 - EMP TIM - ALG01 6520748 - PAG CLIENTE 78 - PAG SP001 3163150215



HU

Comprovação de ato declaratório


 AGUA BRANCA
 Atividade assistencial para o cidadão

 PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

 HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE
 CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02

USUÁRIO:

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. Nº 116

ALINE

DATA: 13/08/2017

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 18:46:22

COD.: 25060 Paciente: ANTONIO GOMES DA SILVA

Nasc.: 19/01/1974

Raça: 003

Idade: 43 Anos, 6 Meses e 25 Dias.

Nome do Pai: RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA

Sexo: M

Telefone: (86)98009-020

Cep: 64460000

Endereço: RES SOARES Q E 01

Bairro: BOLUNGÃO

Número:

Município: AGUA BRANCA

UF: PI

IBGE Mun.: 2200202

Nacionalidade: BRASILEIRO(A)

Município Nascimento: HUGO NAPOLEÃO

UF: PI

CNS: 131058488930018

RG Nº:

Orgão Emissor:

Data Emissão: 11

CPF:

 ATOS DE
 DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 182251 Data: 13/08/2017 18:46:22

Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motorizado,
 com fratura em úmbo. Em pós-operatório de 3 meses.
 + 3 meses

EXAMES FÍSICOS:

fratura em úmbo (E(?) Raro X.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

 - bilofenona - 10 mg
 - 800 mg / 500 mg CV p/mv

 Dr. Raphael Melo
 MÉDICO
 CRM-PI 5192

Dr. Raphael Santos Melo

CRM.: CRM - PI 5192

CNS: 702004390963989

 Rosimar P. de Almeida
 Assinatura do Paciente ou Impressão Digital

www.aguasbranca.pi.gov.br - Contato: hospital@aguasbranca.pi.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA – SSP
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL – DGPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O.: 00254

Resp. pelo Registro:

Bel. Gregório Luiz de Sousa

Delegado: Bel. Thiago Damasceno Sousa

DATA: 27/11/2017

HORÁRIO: 12:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Horário do fato: 18:30 HORAS DE 13/08/2017 Local: Na BR 343 S/N Bairro: Zona Rural

Município: Água Branca do Piauí/PI Ponto de Referência: Próximo ao Matadouro de Água Branca.

NATUREZA DO FATO

ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTOCICLETA)

DADOS DO INFORMANTE

Nome: ANTONIO GOMES DA SILVA Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Hugo Napoleão /PI
Profissão: Auxiliar diverso Data de Nascimento 19/01/1974 Endereço: Rua Luís do Jô QD E, CS
01, Resid. Soares BAIRRO: Mulongão de Água Branca do Piauí/PI Filiação: Maria Francisca Gomes da
Silva e Raimundo Pereira da Silva Fone: 86 R.G: 1.315.601 SSP/PI CPF: 536.800.303-04.

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): O Noticiante.

Autor(es): O Estado.

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Desc. do(s) veículo(s): Uma motocicleta HONDA / POP 110I, cor preta, placa PIZ - 6401 - Água Branca do Piauí, ano de fabricação 2016 modelo 2017, renavam 01108060606, chassi 9C2JB0100HR230797, Proprietário Juvenal Alves Nogueira Júnior, CPF 727.273.573-20.

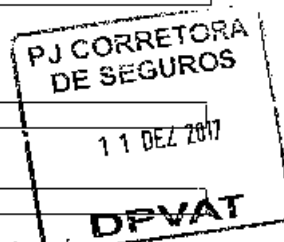
NARRATIVA DO FATO

O NOTICIANTE relata que no dia 13/08/2017, por volta das 18:30 hs, estava conduzindo uma motocicleta acima mencionado, na BR 343, próximo ao matadouro da Cidade de Água Branca, o noticiante relata que atropelou uma vaca (bovino), o noticiante relata que ao cair fraturou o tornozelo esquerdo, o noticiante ao cair foi levado para o hospital de Água Branca examinado e liberado para o Hospital Universitário, em Teresina. O noticiante sabendo da gravidade do fato veio até esta Delegacia de Polícia Civil comunicar o fato. Dados e passados em São Pedro do Piauí. Diante do exposto pede providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim

Responsável pelo registro

Responsável pela informação

Visto do(a) Delegado(a)



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima: Antonio Gomes da Silva CPF da Vítima: 336.800.303-04 Data do Acidente: 13.08.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Agua Branca 29 de novembro de 2017
Local e Data

Antonio Gomes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO GOMES DA SILVA** Sinistro: **3170657519** Data: **13/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LUIS DO JO, SN, QE C01 - BOLUNGAO - Água Branca - PI - CEP 64460-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1315601**

Data local do exame: [**06/02/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS. VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE ÓSSEA NO TORNOZELO ESQUERDO, COM INTENSA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

A vítima tem SINISTROS ANTERIORES já indenizados: 1) Em 28/08/2015: 28,75% (10% SNC + 18,75% ombro D). 2) Em 11/08/2017: 18,75% (tnz E) Nota do revisor: a vítima tem sinistro anterior no qual foi indenizada em 18,75% da IS em virtude de sequela no mesmo membro lesionado no acidente ora analisado (MIE). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao indenizado anteriormente.

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorealider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 536.800.303-04 CPF da Vítima: 536.800.303-04 Nome completo da vítima: Antonio Gomes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Antonio Gomes da Silva</u>	CPF titular da conta <u>536.800.303-04</u>	Profissão <u>Crab. Rural</u>
Endereço <u>Rua Loure do 10</u>	Número <u>510</u>	Complemento <u>Q-E C.01</u>
Bairro <u>Volungão</u>	Cidade <u>Agua Branca</u>	CEP <u>64.460-000</u>
Estado <u>Pernambuco</u>	Telefone (DDD) <u>(86) 9411.5193</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00* ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL NRO: 00000000000000000000

AGÊNCIA NRO: 3807 D/V: 0 CONTA NRO: 02133 D/V: 0
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Agua Branca, 29 de Novembro de 2017
Local e Data

Antonio Gomes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAP9F.001 V001/2017



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Sinistro: **3170657519**
Vítima: **ANTONIO GOMES DA SILVA**
Data do Acidente: **13/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170657519** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01175/01176 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12283852



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170657519**
Vítima: **ANTONIO GOMES DA SILVA**
Data do Acidente: **13/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170657519**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01375/01376 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12362609



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Sinistro: **3170657519**
Vítima: **ANTONIO GOMES DA SILVA**
Data do Acidente: **13/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170657519** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00803/00804 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12143737



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170657519 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 13/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE ÓSSEA NO TORNOZELO ESQUERDO, COM INTENSA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/02/2018

Conduta mantida:

Observações: A vítima tem SINISTROS ANTERIORES já indenizados:

1) Em 28/08/2015: 28,75% (10% SNC + 18,75% ombro D).

2) Em 11/08/2017: 18,75% (tnz E)

Nota do revisor: a vítima tem sinistro anterior no qual foi indenizada em 18,75% da IS em virtude de sequela no mesmo membro lesionado no acidente ora analisado (MIE/ tornozelo). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao indenizado anteriormente.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Atendimento ao Cliente
Fone: 0800-0000000
E-mail: atendimento@...
Endereço: Rua... nº...
Cidade: ... Estado: ...

Formulário de atendimento ao cliente com campos para nome, endereço, telefone e e-mail.

100
100
100
100
100

MAINTENÇÃO HÍDRICA
DE 01/01/2021
DE 01/01/2021

DIÁRIO DE SERVIÇOS
DE 01/01/2021
DE 01/01/2021

Formulário de registro de serviços com campos para data, hora e descrição.

Formulário de registro de serviços com campos para data, hora e descrição.



Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANTONIO GOMES DA SILVA BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL SOLTEIRO PROFISSÃO Anal. Rural CI RGN. nº 1.315.601 CPF/ME
Nº 536.800.303.04 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA LUIZ DO JO RESIDENCIAL SOARES D. E CASA 01
CIDADE DE AGUA BRANCA PI
ESTADO PIAUÍ CEP 64460-000

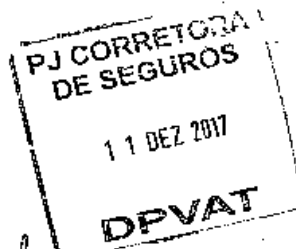
OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Cartório do P. Oficial
Agua Branca - PI
Antônia Leal F. Leal



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço a(s) firma(s) por semelhança
de Antonio Gomes da Silva

O referido é verdade, dou fé
AGUA - Branca - PI 22/11/2017

Agua Branca Piauí - PI 22 de Novembro de 2017

Antonio Gomes da Silva

OUTORGANTE



11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 10

[illegible]

DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170657519 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 13/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Atentar para duplicidade de sequelas.
Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCAR
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 13/08/17 HORA: 9:00 Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICÍPIO Agua Branca

MÉDICO: Amelilson Marques Cavalcante Brito CRM: 6785

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (☒) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antônio Gomes dos Santos

Data de Nascimento 14.01.1974 Idade: 43 anos Sexo: (☐) Masculino (☐) Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde 132530180436013

Município de Procedência Agua Branca

HDA: Paciente em estado instável, com quadro de insuficiência cardíaca, com sinais de congestão pulmonar, com dispnéia, com edema de membros inferiores, com alteração de consciência, com alteração de vitalidade.

HD: _____ CID _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- (☒) Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (☒) Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (☒) Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: 98 bpm R: 18 mrm PA: 120/80 mmHg Sat O₂ 95% Glicemia: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar) _____
- () Curativo (☒) Outros: SF02, 50-2, 50, 14g/L

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Documentação médica - hospitalar



Assinatura e carimbo do Médico

Dr. Amelilson Marques
MÉDICO
CRM-PI 6785

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clinica/Posto: Unidade Senha: 2017 0873 38 147



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.315.601 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/13

NOME ANTONIO GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
HUGO NAPOLEÃO-PI 19/01/1974

DOC. ORDEM CERT. NASC. 061 L 05-F. 170
EXP. HUGO NAPOLEÃO PI 16/09/13

TERCEIRA - PI 536.800.303-04 ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.260/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

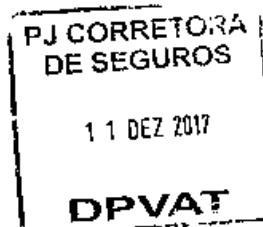
9244374

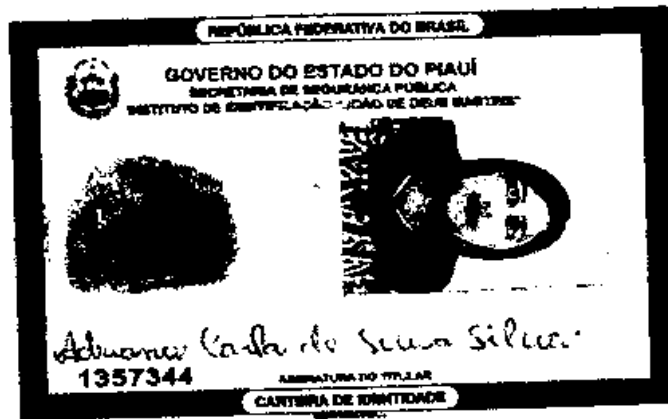
ASSINATURA DO TITULAR

ANTONIO GOMES DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

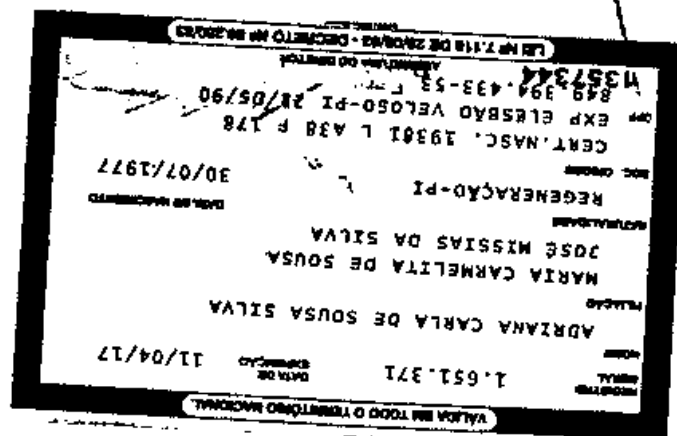
Documentos de identificação





Documentos de identificação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
11 DEZ 2017
DPVAT



ANTONIO GOMES DA SILVA

NOME

4152369

Nº do prontuário

42

Enfermaria

A

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA: 5 DIAS

alta 20/08/17 Rigoldo



Hospital
Universitário

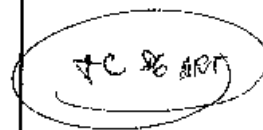
ESF

Ministério da
Educação

BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



JUSO DE VOT

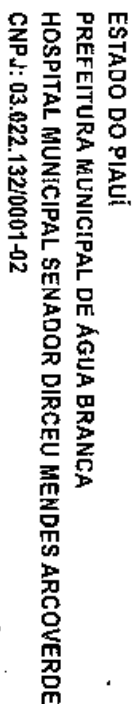


6X

DRº PEDIA

MAIO





PRESCRIÇÃO MÉDICA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 DEZ 2017

LEAFLET

$$\begin{array}{r} 14 \\ 8 \\ \hline 120 \end{array} \quad \begin{array}{r} 17 \\ 17 \\ \hline 17 \end{array}$$

NOME: Autônio Oduvaldo de Souza

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	# fratura da Cabeça (E) #		07:50 la part admitido - muito Satis com obs- e com fratura na tíbia
1.	88097. 500J EV	07:50	Admissão em enfermaria
2.	Dinameno - 1amp + 1RD EV 6/6L	07:50	Admissão em enfermaria
3.	Gonadal 1amp > EV 8/8L	07:50	Admissão em enfermaria
4.	Gilofluoro - 1amp IM 12/12L	07:50	Admissão em enfermaria
5.	880V + 1ccqy		
	Aquardante Sebrae Pequeno		

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/02/2021 09:56:18
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022209561818300000014044026>
 Número do documento: 21022209561818300000014044026



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
Hospital Universitário	3205391
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES
Hospital Universitário	3205391

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº do PRONATÁRIO			
ANTONIO GOMES DA SILVA	4152369			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA / COR	11 - Etnia
131058488930018	19/01/1974	Masculino	Parda	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO			
MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA	(85) 9999-74875			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO			
() PRÓPRIO				
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)				
QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES, 1				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	
ÁGUA BRANCA	2200202	PI	64160000	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH	2217101434856			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS	0415010012	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	25 - QTD
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	0206030029	01
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - QTD
PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3.5mm	0702030849	01
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTD
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTD
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTD
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTD
41 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	42 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	43 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente operando fraturas intocadas de
humeros. Necessidade de TC do humerus
para avaliação cirúrgica

CORRETORA
DE SEGUROS

1 DEZ 2017

DPVAT

PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	45 - DATA DA SOLICITAÇÃO	46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
	20/08/2017	Dr. Lafareth Macedo Médico CRM-PI 6474
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL	
() CNS () CPF		

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	50 - COD. ORGÃO EMISSOR	51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
		Dr. Lafareth Macedo Médico CRM-PI 6474
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	53 - DOCUMENTO	54 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL
	() CNS () CPF	





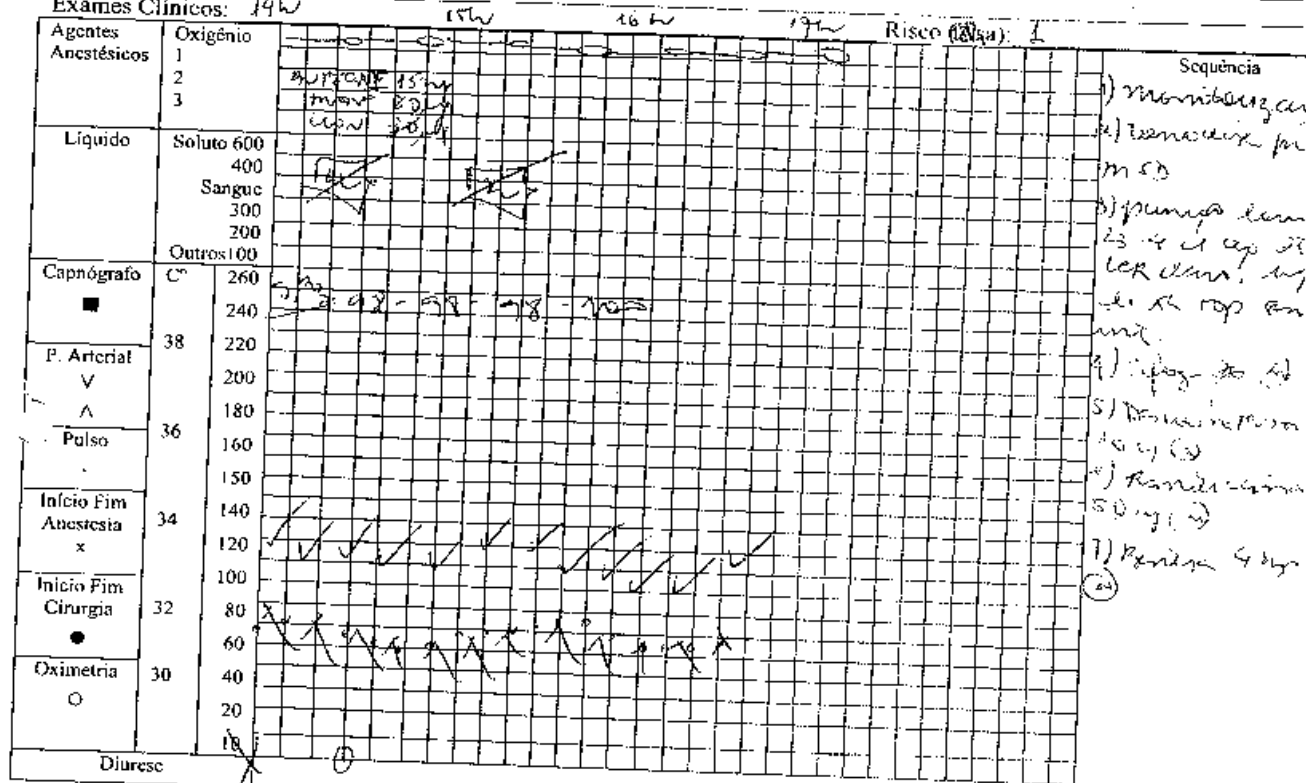
Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPJ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA SÃO BAIRO UNINQA

EBSER
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Paciente: Antônio Gomes da Silva Pront.: _____ Enf.: _____ Leito: _____ DN: 11
Cirurgião: Dr. Paulo Diagnóstico pré-operatório: _____
Cirurgia realizada: Exatoma de tórax + fíbula
Condições pré-operatórias: 300
Exames Clínicos: 14w

BOLETIM DE ANESTESIA



Acidente - Incidente: _____

Justificativas: _____

Técnica Anestésica: Baquin

Duração: _____

icío: <u>14w</u>	Oxigênio	Paciente Transfundido	Monitorização
Término: _____	GS _____	Vol: _____	☒ ECG
	RH _____		☒ PAM
			☒ Oxímetro
			☒ PANI
			☐ Capnógrafo
			☐ PVC
Doses Utilizadas			
Adrenalina _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Ondasentrona _____ Amp	
Atropina _____ Amp	Etilefrina _____ Amp	Omeprazol _____ Fr	
Atracúrio _____ Amp	Penilefrina _____ Amp	Pancurônio _____ Amp	
Agua dest. 10 _____ Fr	Pentanil _____ Amp	Propofol _____ Amp	
Bic. de sódio _____ Fr	Furoscida _____ Amp	Ranitidina <u>0.1</u> _____ Amp	
Bupivacaína 0,5% <u>0.1</u> _____ Amp	Glicose 50% _____ Amp	Sevoflurano _____ Fr	
Cefazolina <u>0.2</u> _____ Fr	Hidrocortizona _____ Fr	Suxamctônio _____ Amp	
Cetamina _____ Amp	Isoflurano _____ Fr	Sufentanil _____ Fr	
Cetoprofeno _____ Fr	Lidocaina 2% _____ Amp	Soro Glicosado _____ Amp	
Clonidina _____ Amp	Midazolam <u>0.1</u> _____ Amp	Soro fisiológico _____ Amp	
Dexametazona <u>0.1</u> _____ Amp	Morfina _____ Amp	S. Ringer lactato <u>0.3</u> _____ Fr	
Diazepam _____ Amp	Naloxona _____ Amp	Tramadol _____ Amp	
Dipirone _____ Amp	Neostigmina _____ Amp		

Data: 18 / 08 / 2007

Anestesiista/carimbo

3544



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

DATA: 18/02/2017 Posto: Enfermeira: Leito:

Paciente: Antônio Gomes da Silva	Prontuário:
Cirurgia: Fratura de tíbia + fêmur	
Anestesia: Geral	Anestesista: Juma
Alergia a drogas: (X) Não () Sim. Quais?	
Necessidade de RPA: (X) Sim () Não Assinatura anestesista: Juma 3544	
OBSERVAÇÕES:	

1) Monitorização	
2) O2 saturação 90% cateter nasal 2L/min	
3) RL @ aquecido 40ml	
4) Agulha 21G	
5) AL66 + SSV	
	Juma 3544

	Sim	Não	Local		Sim	Não	Local
Monitorização cardíaca				Dreno de penrose			
Oximetria				Dreno de tórax			
Oxigenoterapia				Dreno de sucção			
O ₂ : 1/min							
Punção venosa Periférica				Dreno de kher			
Punção Venosa Central				Dreno mediastinal			
Sonda Nasogástrica				Colostomia			
Sonda Nasocentral				Gastrostomia			
Curativo Cirúrgico				Outros:			
Sonda Vesical de Demora							

Líquidos administrados						Líquidos eliminados					
Tipo						Tipo					
Hora						Hora					
Total						Total					





Hospital
Universitário

EBSERH

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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: Anderson Gomes de Jesus Prontuário: _____
Idade: 43 Gênero: ☐ M ☐ F Data da Avaliação: 18/08/17
Cirurgia proposta: Proctomia de fratura Cirurgião: Ant - Nuno Data da Cirurgia: 18/08/17
Peso: 80 Kg Altura: _____ cm DUM: _____ FC: _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg Tax: _____ °C

ANTECEDENTES PESSOAIS E ANESTÉSICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES	Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Coronariopatia ☐ Alergias ☐ Hipertermia Maligna ☐
CARDIOVASC.	Nenhum ☒ Hipertensão ☐ Arritmia ☐ Sopros ☐ Valvopatia ☐ Angina ☐ Infarto ☐ Insuf. Cardíaca ☐
RESPIRATÓRIO	Nenhum ☒ Secreção ☐ Tosse ☐ Febre ☐ Dispneia ☐ Asma ☐ Pneumonia ☐ DPOC ☐
NEUROLÓGICO	Nenhum ☒ Ansiedade ☐ Depressão ☐ Cefaleia ☐ Epilepsia ☐ Neuropatias ☐ Déficit ☐ AVC ☐
METABOLITO	Nenhum ☒ Diabetes ☐ Perda Ponderal ☐ Obesidade ☐ Tireoidopatia ☐ Gravidez ☐
DIGESTIVO	Nenhum ☒ Náusea/vômito ☐ Gastrite/Úlcera ☐ Cirrose ☐ Sangramentos ☐ Diarréia ☐
ORTOPÉDICO	Nenhum ☒ Hérnia de disco ☐ Escoliose ☐ Fratura ☐ Fixação na Coluna ☐ Lombociatalgia ☐
RENAL	Nenhum ☒ Infecção ☐ Cálculos ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ Insuf. renal ☐
HEMATOLOGIA	Nenhum ☒ Anemia ☐ Sangramentos ☐ Hemofilia ☐ Transfusões anteriores ☐ Test. de Jeová ☐
ALERGIAS	Nenhum ☒ Medicação ☐ Alimentos ☐ Edema Glote ☐ Broncoespasmo ☐ Látex ☐ PCR ☐
DOENÇAS	Hepatite (A ☐ B ☐ C ☐ D ☐) HIV ☐ Tuberculose ☐ Chagas ☐ Outras ☐ Quais: _____
VÍCIOS	Nenhum ☐ Tabagismo ☒ Etismo ☒ Drogas ilícitas ☐ Quais: _____
CIRURGIAS PRÉVIAS	Não ☐ Sim ☒ Quais: <u>Fratura Tibia</u>
ANESTESIAS ANTERIORES	Não ☐ Sim ☐ Quais: Raqui-anestesia ☒ Peridural ☐ Bloqueio Penfêneo ☐ Geral ☐ Local ☐
MEDICAÇÕES EM USO	Não ☐ Sim ☒ Quais: <u>Itapropeno</u>

EXAME FÍSICO

Estado Geral: <u>BEG</u>	Malampatti: I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐
AC: <u>6.5cm</u>	Distância lírio-mento: <u>>5.0cm</u> ☒ < 5.0cm ☐
AP: <u>6.5cm</u>	Distância esterno-mento: <u>>12.5cm</u> ☒ < 12.5cm ☐
Prótese dentária móvel: Não ☒ Sim ☐	Abertura oral: <u>>3cm</u> ☒ < 3cm ☐
Consentimentos: Assinados ☒	

EXAMES LABORATORIAIS

(18/08/17) Nenhum ☐ Hb 14.1 Ht 41.8 Plaquetas 183.000 TAP _____ INR _____ TTPA _____ Na _____ K _____
Ca _____ Ur 26 Cr 0.65 Glicemia _____

ECG Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐

Raio-X de tórax Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐

ECO

Avaliação de Especialista: Cardiologista (18/08/17) = Basso Risco - 65

P ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ E ☐ Jejum a partir de _____ h

CONDUTA. Apto no momento ☐ Não apto ☐ Aguardo exames ☐

ORIENTAÇÃO: - Jejum de 8h p/ 18/08/17

Dr. Leonardo Lima Campelo
Médico
CRM: PI 55077/2008-MA

Dr. Tiago Santiago
Anestesiologista
CRM: 38330

Médico Anestesiologista





Hospital
Universitário

UNIDADE CARDIOVASCULAR

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

NOME: Antonio Gouveia de Silva DATA: 15/08/17

CIRURGIA PROPOSTA: Stentagem tímica TIPO DE ANESTESIA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | |
|---|--|
| ☐ HAS | ☐ Angioplastia com stent há _____ |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ AVC prévio |
| ☐ Tabagismo | ☐ Cirurgias _____ |
| ☐ IAM prévio | ☐ Alergia a medicamentos _____ |
| ☐ Revascularização do miocárdio há _____ | ☐ Outros _____ |

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

☒ Assintomático ☐ Angina (CCS) I II III IV ☐ Insuficiência cardíaca (NYHA) I II III IV

MEDICAÇÕES EM USO: _____

EXAME FÍSICO:

FC: 75 bpm PA: 110 x 60 mmHg AC: ACC, DN, SS AP: MV bilateral

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG: ☒ normal ☐ alterado _____

RX de tórax: ☒ normal ☐ alterado _____

Ecocardiograma: _____

Outros: _____

Hb: 14 Hto: 41 Pla: 193 INR: _____ TTPA: _____ Na: _____ K: _____ Ur: 20 Cr: 0,65 Glic: _____ TGO: _____ pCO₂: _____ pO₂: _____

ALGORITMO DO AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (ACP):

- | | |
|--|--|
| ☐ IAM < 6 meses (10 pontos) | ☐ Ritmo não-sinusal ou com EEAA (5 pontos) |
| ☐ IAM > 6 meses (5 pontos) | ☐ > 5 EECV no ECG (5 pontos) |
| ☐ Angina Classe III (10 pontos) | ☐ pO ₂ < 60, pCO ₂ > 50, K < 3, Ur > 50, Cr > 3,0 ou restrito ao leito (5 pontos) |
| ☐ Angina Classe IV (20 pontos) | ☐ Idade > 70 anos (5 pontos) |
| ☐ EAP na última semana (10 pontos) | ☐ Cirurgia de emergência (10 pontos) |
| ☐ EAP alguma vez na vida (5 pontos) | |
| ☐ Suspeita de EAO crítica (20 pontos) | |

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

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

☒ Baixo risco (<3,0) 0 ou 1 variáveis
☐ Risco intermediário (3,0-4,5) 2 variáveis
☐ Alto risco (>4,5) 3 ou 4 variáveis

ALGORITMO DE LEE

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

Classificação do risco (%) de complicações cardíacas maiores

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

CONDIÇÃO: Baixo risco para o procedimento proposto

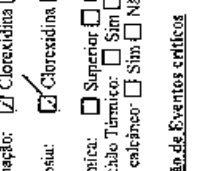
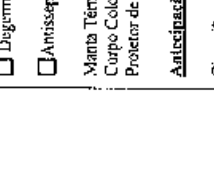
segundo o American College of Physicians

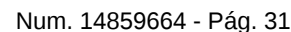
Assinatura: _____

Monte Carvalho Júnior
CLÍNICA MÉDICA
CRM: 39117





☐ Placa de bisturi posicionada corretamente Tipo de Bisturi: <u>Nº 1</u>	 	Colocar símbolos abaixo relacionados para localização de: Eletrodos * Placa de Bisturi: <u>A</u> Carroto Pneumático: <u>III</u> Incisão Cirúrgica: <u>#</u> Horário do início do garrafamento: <u>14:20</u> Horário do término do garrafamento: <u>15:10</u>	☐ Degermação: ☒ Clorexidina ☐ PVPi ☐ Antissepsia: ☒ Clorexidina ☐ PVPi Manta Térmica: ☐ Superior ☐ Inferior Corpo Colado Térmico: ☐ Sim ☐ Não Protetor de cateter: ☐ Sim ☐ Não Antecipação de Eventos críticos	Circulação: <u> </u> ☐ Há alguma preocupação ou risco com o paciente? Anestesia: <u> </u> ☐ Há alguma preocupação ou risco com o paciente? Enfermagem e Instrumentalção Todos os materiais e equipamentos estão esterilizados (integrados) e disponíveis? ☐ Sim ☐ Não Horário de término da cirurgia: <u>15:05</u>	CARIMBOS E ASSINATURAS INSTRUMENTADOR: <u>[Assinatura]</u> 514436	ANESTESIOLOGISTA <u>Dra. Ivone</u>	ENFERMEIRO(A) Jairo José da Moura Felfeo RECEBI DO INSTRUMENTAL COREN-PI Nº 110077-88	CIRURGIÃO <u>[Assinatura]</u> Dr. Antônio Carlos de Azevedo	CHECK OUT (antes da saída do paciente da sala de operação) ☐ Procedimento realizado: <u>Uterotomia + Laparoscopia</u> ☐ Condição de compressão: <u>Nº Enérgicas</u> ☐ Condição de compressão gaze: <u>Nº Enérgicas</u> ☐ Condição de Perfusão: <u>Nº Enérgicas</u> ☐ Condição de Instrumentais: <u>Nº Enérgicas</u>	RECOLHIDAS <u>Dr. Ivone</u> Nº Recolhidas: <u>05</u> <u>Dra. Ivone</u> Nº Recolhidas: <u>05</u>
--	--	--	---	--	---	---	--	---	---	---



Hospital
Municipal de São Paulo

REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

EBSERH

 PACIENTE: Antônio Soares do S PRONTUÁRIO: 415-2369 CIRURGIÃO: Dr. H. L. L. SALA: 22 DATA: 18-02
 CID: 86.90 NOME: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ANESTESIA: RAQUI + GERAL CIRCULANTE: KLAPSON

ITEM	AGHU	MEDICAMENTO/CONTROLE ADOS	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	OUTROS MEDICAMENTOS	QUANT	CONS
26212		CELESTAM 50 mg/mL - Amp. 2 mL	01		11824		OPREDA 1 g 2 mL	01	
14954		DIACETILAM 5 mg/mL	01		12250		EFEDRINA 10 mg/mL	01	
154271		ORFOTRIDIOL 7.5 mg/mL - 1 mL	01		288058		ETILEFRANA 100MG/ML - INJETÁVEL	01	
283156		ETOMIDATO 5mg/mL	01		151463		FUROSEMIDA 10 mg/mL	01	
200547		PENTAMIL 50 mg/mL - 2 mL (100 mg)	01		15462		HIDROCORTISONA 300 mg P2 / Amp	01	
200548		PENTAMIL 50 mg/mL - 1 mL	01		290567		LEVOPRIVACAÍNA CLORIDRATO 0.5% GERCÉFIRINA 20mg	01	
169510		ISOFLURANO 1% 100 mL	01		200324		LEVOPRIVACAÍNA CLORIDRATO 0.5% S/MISO 70 mL	01	
17772		MIDAZOLAM AMP 5 mg/mL - 2 mL	01		201326		LIDOCAÍNA 2% SEM VASO 5 mL	01	
252463		MORFINA 2 mg/mL - Amp. 1 mL (10 mg)	01		183300		LIDOCAÍNA 2% - EPINEFRINA 20 MG/ML 500 mg	01	
401063		PARACETOL 500 mg PO (100 mg)	01		401375		METABOLAMOL 10 mg/mL	01	
138823		PROPOFOL 10 mg/mL - 20 mL (200 mg)	01		15101		METOCLOPRAMIDA 5 mg/mL	01	
285796		REACTANTAM A 2mg	01		17345		NEOSTIGMASINA 3 mg/mL - Amp. 1 mL	01	
290338		SUFENTANILA 5 mg/mL - 2 mL (10 mg)	01		201762		OMEPRAZOL 40 mg	01	
200544		TRAMADOL 50mg/mL - 2 mL	01		144465		RAVITOMASOL 50 mg - Amp. 2 mL	01	
OUTROS MEDICAMENTOS					NA PATRACIA				
770312		ADRENALINA 1 mg/mL - 1 mL (1 mg)	01		276489		DELADETOSEDONA 100 mg/mL (PROCTER)		
17225		ATROPINA 10 mg/mL - 2 mL	01		293318		FLUMAZENIL 5 mg/mL		
13062		ATROPINA 0.5 mg - Amp. 1 mL	01		15411		HEPARINA 5000 U/mL 100 mL		
238249		BROMOPRIDA 2mg/mL - Amp. 1 mL	01		18480		LIDOCAÍNA 2% 20 MG/ML 20 ML FRAMP		
200725		BUPROPRIONA 3 mg/mL - Amp. 1 mL	01		290580		MORFINA 10 mg/mL AMP 1 mL		
235347		BUPROPRIONA 3 mg/mL - Amp. 1 mL	01		176010		MORFINA 10 mg/mL AMP 2 ML ESTERIL		
249881		CEFAZOLINA 10 / 10	01		118246		HALOZOLINA 0.4 mg		
400180		CEFTAZIDIM 500 mg/mL - Amp. 1 mL	01		111017		ONDANSETRONA 8 mg/mL		
271412		CLOMIDINA 150 mg/mL AMP 1 mL	01		290541		SUFENTANILA CITRATO 50 MG/ML 500 mL		
401036		CLORETO DE SODIO 0.9% (100 mg)	01						
200586		DETOFOL 100 mg/mL - Amp. 1 mL	01						
14575		DEKAMETASONA 10 mg/mL - Amp. 1 mL	01						

ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS
46		AGULHA 25 x 8	04	02	3682		JELCO (CATETER) Nº 18	02	
47		AGULHA 30 x 8	04		3670		JELCO (CATETER) Nº 20	02	
48	2679	AGULHA 40x12	04	03	3688		JELCO (CATETER) Nº 22	02	
49	2907	AGULHA 13x4,5	04		290621		POLIFIX 2 VIAS	01	
50	290563	AGULHA 25G PIANESTESIA RAQUIZMANA	01	01	2281		SERINGAS 1 mL	01	
51	290554	AGULHA 26G PIANESTESIA RAQUIZMANA	01		290630		SERINGAS 5 mL	04	
52	290544	AGULHA 27G PIANESTESIA RAQUIZMANA	01		290638		SERINGAS 10 mL LUER LOK	04	02
53	291104	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01		182637		SERINGAS 20 mL LUER LOK	02	04
54	223263	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01		2263		SERINGAS 20 mL LUER SLIP	02	
55	400557	CATETER INTRIDURAL 18 G	01		400587		SERINGA 60 mL LUER SLIP	01	
56	400559	CATETER PERIDURAL 18 G	01		18		SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 14	01	
57	3484	CATETER NASAL TIPO OCULOS	01	01	75	290580	SONDA NASOGÁSTRICA 18	01	
58	290680	EQUIPO MACROGOSTA	02	01	76	290583	SONDA NASOGÁSTRICA 20	01	
59	290692	EQUIPO DE BOMBA	01		77	291074	TORNEIRINHA 3 VIAS	01	
60	35249	ELETRODOS	05	05	78	290373	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0	01	
61	400549	EXTENSOR EM PVC ALTA PRESSÃO 50CM	01		79	290374	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	01	
62	400537	FILTRO BACTERIOLOGICO	01		80	290375	TUBO ENDOTRAQUEAL 8,0	01	
63	3648	JELCO (CATETER) Nº 16	02		81	290376	TUBO ENDOTRAQUEAL 8,5	01	

ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS
290299		CLORETO DE SODIO 0.9% 100mL	02		191973		RINGER LACTATO 500mL	03	03
290301		CLORETO DE SODIO 0.9% 500mL	04	03	253812		AGUA DESTILADA 10 mL	04	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/02/2021 09:56:18

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022209561818300000014044026

Número do documento: 21022209561818300000014044026

Num. 14859664 - Pág. 32

AValiação da complexidade da assistência

PACIENTE: Antônio Gomes de Azevedo PRONTUÁRIO: 415236/9 ENFLEITO: 42 / A

ÁREA DE CUIDADO	DIA / MÊS <u>AGO 2017</u>																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Estado Mental													1		1	1	1	1														
Oxigenação													1		1	1	1	1														
Sinais Vitais													1		1	2	2	2	2													
Motilidade													2		2	2	2	2	2													
Deambulação													2		2	2	2	2	2													
Alimentação													1		1	1	1	1	1													
Cuidado Corporal													2		2	2	2	2	2													
Eliminação													1		1	1	1	1	1													
Terapêutica													2		2	2	2	2	2													
Comprometimento Tecidual													2		2	2	2	2	2													
Curativo													2		2	2	2	2	2													
Tempo de Curativos													1		1	1	1	1	1													
TOTAL													18		19	19	19	19	19													
CUIDADOS													18		19	19	19	19	19													

602
18/11/17
19/11/17
20/11/17
21/11/17
22/11/17
23/11/17
24/11/17
25/11/17
26/11/17
27/11/17
28/11/17
29/11/17
30/11/17
31/11/17



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

Arldônio Gomes da Silva

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir o tipo de cirurgia agendada
- ☒ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☒ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☒ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jaleco nº 20 ou menor que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa com soro fisiológico a 0,9%
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer o registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☒ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico em enfermagem, 30 minutos antes do horário agendado para o procedimento

Data: 18 de 08 de 17

Enfermeiro responsável: Taliqueo
193204





EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Hospital
Universitário

EMTN

APS

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL
NRS 2002 – Nutritional Risk Screening

DADOS PESSOAIS			
PRONTUÁRIO: 4152369	UNIDADE: Posto 4	LEITO: 42A	
NOME: Antonio Gomes da Silva	SEXO: F	IDADE: 43	
ADMISSÃO: 15-08-17	ALTURA: 1,66	PA: 79,4	PH: IMC: 28,8
AJ: 50	CB: 37,1	CP: 74,1	Cor da pele:
Motivo da Internação: fratura do diafragma do fêmur			

PA: Peso atual; PH: Peso habitual; IMC: Índice de massa corpórea; AJ: Altura do joelho; CB: Circunferência do braço; CP: Circunferência da panturrilha

PARTE 1 - TRIAGEM INICIAL

	SIM	NAO
1. Apresenta IMC < 20,5?		☒
2. Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		☒
3. Houve redução da ingestão alimentar na última semana?		☒
Portador de doença grave, mau estado geral ou em UTI?		☒

Se a resposta for sim para qualquer questão, passe para parte 2

PARTE 2 – TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

ESTADO NUTRICIONAL		
Ausente	Estado Nutricional normal	0
Leve	Perda de peso > 5% em 3 meses ou Ingestão alimentar de 50% a 75% da necessidade normal na semana anterior	1
Moderada	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC entre 18,5 e 20,5 + condição geral comprometida ou Ingestão alimentar de 25% a 60% da necessidade normal na semana anterior	2
Grave	Perda de peso > 5% em 1 mês ou 15% em 3 meses ou IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou Ingestão alimentar de 0 a 25% da necessidade normal na semana anterior	3
GRAVIDADE DA DOENÇA		
Ausente	Necessidades nutricionais normais	0
Leve	Paciente com doença crônica, admitido no hospital devido complicações. Está debilitado mas deambula regularmente. Requerimento está aumentado, mas pode ser suprido por dieta ou suplementação oral na maioria dos casos.	1
Moderada	Paciente confinado ao leito devido a sua doença, por exemplo, após uma cirurgia abdominal de grande porte. Requerimento protéico está substancialmente aumentado, porém alimentação artificial é requerida na maioria dos casos.	2
Grave	Paciente em cuidados intensivos com ventilação assistida. Requerimento protéico está aumentado e não pode ser suprido mesmo por alimentação artificial.	3
TOTAL:		

CONCLUSÃO:

1. Total ≥ 3: Paciente em risco nutricional	
2. Total < 3: Paciente, no momento, não apresenta risco nutricional	☒

Referências: J. KONDRUP et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition, 22 (4): 415-421, 2003

Ednan Soares de Oliveira
Nutricionista
CRM-BA 04189

DATA DA TRIAGEM: 15/08/17



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Campus Ministro Petrônio Portela, s/n - Teresina

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COLETA DE AMOSTRA DE PACIENTE
FONTE (Preenchimento obrigatório na admissão do paciente)

Eu, _____, portador do RG nº _____ do CPF: _____, declaro que, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, **autorizo** a realização da coleta de material biológico (sangue) para análise laboratorial em caso de ocorrência de acidente de trabalho no âmbito deste Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. Exames a serem realizados para diagnóstico de Hepatite B, C e HIV, abaixo discriminados:

- Teste Rápido HIV (anti-HIV)
- Sorologia para HIV (anti-HIV)
- Sorologia para Hepatite C - (anti-HCV)
- Sorologia para Hepatite B - (HBsAg)

Assinatura do Paciente ou Responsável

Para uso do SOST: _____

Nome do Paciente: _____
Leito: _____ Coleta: Data: _____ Hora: _____

Nome do empregado acidentado: _____
Serviço: _____
Local de Ocorrência do Acidente: _____

Resimara Pereira de Abreu
Responsável
(carimbo e assinatura)



Nome ANTONIO GOMES DA SILVA		Nome Social		Prontuário 415236/9	
Nome Mãe MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA		Sexo Masculino		Estado Civil Casado	
				Dt Nascimento 19/01/1974	
Nome Pai RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA		Data cadastro 14/08/2017		Data recadastro	
				Pront. Família	
RG 1315601		CPF 536.800.303-04		Cartão SUS 131058488930018	
Nome Anterior		Cidade de nascimento HUGO NAPOLEÃO		UF PI	
Grau Instrução 1º Grau Incompleto		Nacionalidade BRASILEIRO			
Profissão		Código da profissão		Cor Parda	
				Fone ou Recado 86-999974875	
Laradoiro		Posto de Referência : RA E CASA RESIDENCIAL SOARES			
Número 1		Complemento		Bairro BURUNGÃO	
Cidade AGUA BRANCA		UF PI		CEP 64460-000	
Identificador MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA					
Área Cadastradora SETOR 14- LC CAB. PRSC - OFTALMOLOGIA					
Observação					
Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas. Terceira <i>RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA</i> () Paciente () Pai () Mãe () Representante Legal					
Hospital Universitario - Ufpi					
Boletim de Identificação de Paciente					

BOLETIM IDEN

14/08/17 20:02

Página: 1/1



Identificação do Paciente

Paciente: 239435 Prontuário: 041523679
Nome: ANTONIO GOMES DA SILVA
Nome Mãe: MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA
Endereço: QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES Cartão SUS: 131058488936019
Número: 1 Complemento: Telefone: 86 999974875
Bairro: BURUNGÃO
Cidade: ÁGUA BRANCA UF: PI Cep: 64.460-000
Data Nasc.: 19/01/1974 Idade: 43 Sexo: M Cor: M Est. Civil: C
Profissão:
Naturalidade: HUGO NAPOLEÃO UF Nascimento: PI
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Idade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Internação: 14/08/2017 20:19
CID Principal: S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
CID Secundário: Y98 CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
Procedimento: 408050500 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Clínica: Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0042 Leito: A Convênio: 1/1 SUS INTERNAÇÃO
Unidade: POSTO 4 CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Caráter de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 5 Dia(s)
Rgo. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM: 5338 CPE: 99434393353
Chefe da Equipe: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA : ANDRE LUTZ PINHO SOBRAL
CRM: 3573 62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

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

Observação



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ – HUPI
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, s/n, Teresina – PI, CEP: 64049-550
FONE (086) 3215-5658

FOLHA DE ADMISSÃO

NOME:	Antonio Gomes da Silva		LEITO:		PRONT:	4152369	
IDADE:	43a	PESO:		PROCEDÊNCIA:	Agua Fria	ALERGIAS:	Nega
H.D.A:							
História de queda de moto em 21/04/17, apresentando fratura de tíbia esquerda, sendo operado no HEM em 27/04/17 com colocação de placa e parafusos. Há 24 horas, relata nova queda de moto, apresentando re-fratura de tíbia (E).							

EXAME FÍSICO

Geral FC: FR: FR: P.A:	T: SpO2:	Estável. Apresenta edema na extremidade distal da perna esquerda. Dor à palpação. Pulsos e periferia preservados.
---	------------------------	--

Neurológico Glasgow: Pupilas:	Normal
--	---------------

Cardiovascular Drogas vasoativas (mcg/kg/min): Turgência jugular: Pulsos:	
Respiratório: VM: Modo: FR:	SpO2: FiO2: Vt:

Gastrointestinal





Hospital
Universitário

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: <u>Antônio Gomes da Silva</u>	CLÍNICA / ENF. / LEITO:
DATA DA ADMISSÃO: <u>14/03/17</u>	SEXO: <u>M</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>19/03/74</u> IDADE: <u>43</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO: <u>Servico Social</u>	RESIDÊNCIA: <u>Av. Brasil</u>
PROCEDÊNCIA: <u>Hospital de Agua Branca</u>	COR (REFERIDA): <u>PARDA</u>
ESCOLARIDADE: <u>Ensino Fundamental Incompleto</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	

2. MOTIVO DA INTERNATAÇÃO / PRINCIPAIS QUEIXAS

2.1 SINAIS VITAIS: P.A. 169x96 R T 36,6 P 79 Glic 124 Sat 97% PESO: 77 ALTURA 1,70 IMC 27,5

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

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: () HAS () DM () Cardiopatias () AVE-H () AVE-I () Nefropatias () Neoplasias () Outros. Especificar: Nenhum

ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças crônicas: Nenhum

() Tratamentos Anteriores / Cirurgias: NIE

() Medicamentos em uso: Nenhum

() ALERGIA: Nenhum

PRÓTESES: () Não () Sim Possui CARTÃO DE VACINA: () Não () Sim

HÁBITOS: () Tabagismo () Etílico () Outras Drogas. Qual? Nenhum

EXAMES ANEXOS: Nenhum

4. NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

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

HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia: Nenhum

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar: Nenhum

DIETA: () Jejum (X) Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros () Náuseas () Vômitos () Hematemese () Sialorreia () Prose () Inapetência () Disfagia () Dispepsia Estado NUTRICIONAL: Nenhum

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

ASPECTO DA URINA: () Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria

EVACUAÇÕES: (X) Normais () Fezes pastosas () Diarreia () Melena () Constipação há 0 dia(s) () Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia

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

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

() Astenia (X) Mialgia

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

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

Cite: Nenhum

5. NECESIDADES PSICOPESPIRITUAIS e SOCIAIS

Prática alguma atividade RELIGIOSA/ESPIRITUAL: () Não (X) Sim, Qual? Nenhum

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

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

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

Interação com a família (X) Não () Sim

LASER: (X) Não () Sim, Qual? Nenhum





Sistema Ministério

Ordão Emitido: M221100001

Hospital
Universitário

AIH : 221710143485-6

UNI : HOSPITAL UNIVERSITARIO

NASCIMENTO

19/01/1974

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

LAUDO PARA SOLI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABE

1 - NOME DO ESTABELECIME

Hospital Universitário

3 - NOME DO ESTABELECIMEI

Hospital Universitário

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO GOMES DA SILVA

ANTONIO GOMES DA SILVA

D.LIBERA: 13/08/2017

PROCEZ: 0415010012 TSATAMENTO

OP. SÍT: FRANCISCO

CID : 7023

Dr. José Carlos da Silva Gomes

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

2 - CNES

3.285.291

3 - CNES

3.285.391

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

4152369

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

13105818890018

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/1974

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA / COR

Parda

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(86) 999974875

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

O PROPRIETÁRIO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES, 1

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ÁGUA BRANCA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2200202

18 - UF

PI

19 - CEP

64460000

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

221710143485-6

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

0408050500

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

0415010012

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de tíbia - pilão tibial

26 - CID 10 PRINCIPAL

T02.3 - Fraturas

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

0408050500 Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise da tíbia

0408050543 Tratamento cirúrgico de fratura do pilão tibial

0408060379 Retirada de placa e/ou parafusos

Paciente apresentado diáfise da tíbia associada fratura de pilão tibial. Durante procedimento, foi necessário retirar placa e parafusos de fratura anterior da tíbia de mesmo lado.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/2017

44 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL

2223849300

46 - ASSINATURA E CARIMBO EM REGISTRO DO CONSÓRCIO

Dr. Lafayeth Macedo
Médico
CRM-PI 6474

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

51 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL

52 - ASSINATURA E CARIMBO EM REGISTRO DO CONSÓRCIO

Teresa Maria da Silva Lobo
Enfermeira
CRM-PI 6474
23/08/2017

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/02/2021 09:56:18

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022209561818300000014044026>

Número do documento: 21022209561818300000014044026



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

AIH : 221710143485-6

Órgão Emissor: R221.0001

UNI : HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO GOMES DA SILVA

NASCIMENTO
19/01/1974

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
Hospital Universitário

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
Hospital Universitário

IDE

D.LIBERA: 15/08/2017

PROCED.: 0415010012 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE

OP.SIST: FRANCISCO

CIG: 1023

OP. LAUDO: 15/08/2017
ASS. MEDICO RESPONSÁVEL
CNS 20.343.1974000000

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO GOMES DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
131058488930018

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/01/1974

9 - SEXO
Masculino

10 - RAÇA / COR
Parda

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
4152369

11 - NOME DA MÃE

MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA

14 - NOME DO RESPONSÁVEL
O PRÓPRIO

15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES, 1, BURUNGÃO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ÁGUA BRANCA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2200202

18 - UF
PI

19 - CEP
64460000

JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente refere queda de moto em 21/04/17 apresentando fratura de tíbia esquerda, sendo operado no HPM em 27/04/17 com colocação de placa e parafusos. Há 24 horas, paciente relata outra queda de moto, apresentando refratura de tíbia esquerda.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS / RESULTADOS DE EXAMES

Anamnese + Exame físico + Radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de tíbia esquerda

24 - CID 10 PRINCIPAL
S87.2 - Fratura da

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 Causa externa

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

28 - CLÍNICA

Cirurgia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Urgência

31 - DOCUMENTO
1 - CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
9943439353

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050500

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

34 - DATA DA
14/08/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Bruno Wilson Lima Moura
Físico - CRM-PI: 11111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº BILHETE

0

41 - SÉRIE

0

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CROM

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEQUER

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO
1 - CNS (X) CPF

50 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





PREFEITURA DE
ÁGUA BRANCA
Mais desenvolvimento por parte povo

CNPJ: 03.022.132/0001-02

Prefeitura Municipal de Água Branca - PI
Secretaria Munic. de Saúde de Água Branca - PI
HOSPITAL MUN. SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERD

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTE

Internado ()

Urgência ☒ ()

Paciente:

Enf: _____ Leito: _____

HEMATOLOGIA

() Hemograma () Contagem de plaquetas () VHS

BIOQUIMICA

() Glicose () Col. Total () Triglicérides () Lipidograma
() Colesterol total e frações () Uréia () Creatinina
() Ácido Úrico () Amilase () Fosfatase Alcalina
() Transaminases () Bilirrubina

IMUNOLOGIA

() VDRL () ASO () PCR () LÁTEX () ABO () TFCG

PARASITOLOGIA E URINALISE

() Parasitológico de fezes () Sumário de urina

MICROBIOLOGIA

() Baciloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Raio X da perna E.

Dr. Raphael Melo

CRM-PI 5103

Data:

13/8/17

Ass. Carimbo Médico Solicitante.

Avenida José Miguel, 1375 - Centro • CEP 64.460-000 • Água Branca - Piauí





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

GOVERNO
DO

SECRETARIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

DNº 18/01/74

DAT/
HOS
MÉI
NA
(
ID
N
D
C



CNPJ: 03.022.132/0001-02

Prefeitura Municipal de Água Branca - PI
Secretaria Munic. de Saúde de Água Branca - PI
HOSPITAL MUN. SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTE

Internado ()

Urgência (X)

Paciente: Antônio Gomes

Enf: _____ Leito: _____

HEMATOLOGIA

() Hemograma () Contagem de plaquetas () VHS

BIOQUIMICA

() Glicose () Col. Total () Triglicérides () Lipidograma
() Colesterol total e frações () Uréia () Creatinina
() Ácido Úrico () Amilase () Fosfatase Alcalina
() Transaminases () Bilirrubina

IMUNOLOGIA

() VDRL () ASO () PCR () LÁTEX () ABO () RHCC

PARASITOLOGIA E URINALISE

() Parasitológico de fezes () Sumário de urina

MICROBIOLOGIA

() Baciloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Raio X da punha E

Jucelino Leal
Téc. de Radiologia
CRTR 000021

Dr. Raphael Melo

MÉDICO
CRM-PI 5192

Data: 13/8/17

Ass. Carimbo Médico Solicitante.

Avenida José Miguel, 1375 - Centro • CEP 64.460-000 • Água Branca - Piauí

Assinatura e carimbo de _____

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H.U.

Clínica/Posto: Ortopedia

Senha: 2017 0873 28799



Solicitação de Acompanhante

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ – HU EBSERH Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, S/N, Ininga- FONE: (086) 3215-5658, Teresina – PI, CEP: 64049-550 CNO: 065173870003-84	Prontuário: 415236/4 Internação: 14/08/12
---	--	---

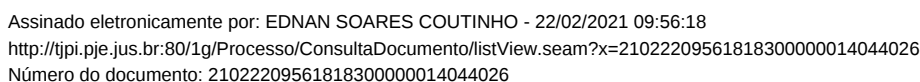
Nome: <i>Antônio Gomes da Silva</i>				
Endereço residencial:				
Cidade:			CEP:	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado civil:	Profissão:

Justificativa: Ponto com necessidade para deambulação

[illegible]

Data: / / .

Ass. Médico Solicitante

[illegible]



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Antonio Gomes de Silva</u>	Nº DO PRONTUÁRIO: <u>41523619</u>
DATA: <u>20/08/18</u>	HORÁRIO: <u>10:22h.</u> CLÍNICA: <u>P4</u> ENF. LEITO: <u>42A</u>

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA		
Nível de consciência / orientação: Consciente (☒) Orientado (☒) Desorientado () Torporoso ()		
Resposta Motora: Sem déficit motor (☒) Com déficit motor (☒)		
Resposta Verbal Fásica (☒) Disártrico () Afásico ()		
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA		
<u>Vide prescrição médica</u>		
3. DISPOSITIVOS EM USO		
Curativo	SIM	NAO
Cateter de duplo lumen		X
Sonda vesical de demora		X
Sonda vesical de alívio (Cateterismo intermitente)		X
Dreno		X
Fixador externo ortopédico		X
Sonda enteral / nasogástrica		X
Colostomia		X
Outro, especifique		X
4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA		
<u>Instalado com unguentos em VD (12do) monitorar tempo e peso.</u>		
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: () Grau I (☒) Grau II () Grau III (☒) Grau IV*		
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: <u>Vide encaminhamento médico</u>		
*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA		
GRAU I * DEAMBULA SEM AUXÍLIO; * TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO	GRAU II * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO; * ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO; * PRESENÇA DE SVD, SNG, CURATIVOS E OUTROS; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DE ROTINA.	
GRAU III * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXO; * ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO; * OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE.	GRAU IV * ACAMADO NO LEITO; * HIGIENE NO LEITO; * ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL; * REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA; * COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS; * INCONSCIENTES OU COM DESVIO NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.	

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO



Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Antonio Gomes da Silva

Idade: 43 anos 7 meses

Sexo: Masculino

Prontuário: 415236/9

Data internação: 14/08/2017

Data Alta: 20/08/2017

Leito: 0042A

Convênio: Sus

Permanência: 6 dias

Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura

Divisão de Gestão do Cuidado

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura da perna, incluindo tornozelo (S82)

Diagnóstico principal na Alta

Fratura da perna, incluindo tornozelo (S82)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas

18/08/2017 Osteossíntese de tibia

Consultorias

16/08/2017 CARDIOLOGIA

4. EVOLUÇÃO

Paciente com história de que em 27 de abril sofreu acidente motociclistico com fratura de tibia E, sendo tratado cirurgicamente no HPM, referindo já melhora do quadro, inclusive deambulando com uso de muleta. Refere que há 02 dias sofreu novo acidente evoluindo com dor e edema em mesma perna, realizando nova radiografia com exame sugestivo de nova fratura. Encaminhado a este serviço onde realizou nova radiografia com imagem sugestiva de fratura peri-implante + pilão tibial.

Ao exame, edema, dor à mobilização de MIE, flexo-extensão preservadas, neurovascular sem alterações.

Paciente submetido a procedimento de RAFI de fratura de tibia + pilão tibial. Procedimento realizado sem intercorrências.

Paciente evolui estável, aceitando dieta, boa diurese com SVD, dores ao nível de procedimento cirurgico. Apresenta FO limpa, com secreção sanguinolenta, com neurovascular preservado.

Recebe alta hospitalar com orientações de retorno ambulatorial com Dr Antonio Martins, manter tala e cefaleixina po 07 dias.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital

Acompanhamento ambulatorial

Manter tala

Retirar pontos cirurgicos com 15 dias

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

20/08/2017, 09:26 h.

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474

Dr. Lafayeth Macedo
Médico
CRM 6474

Hospital
União São Paulo

Sumário de Alta

PMAR_SUMARIO_ALTA 20/08/2017 09:27:50 748520-31343-2

Identificação

Antonio Gomes da Silva

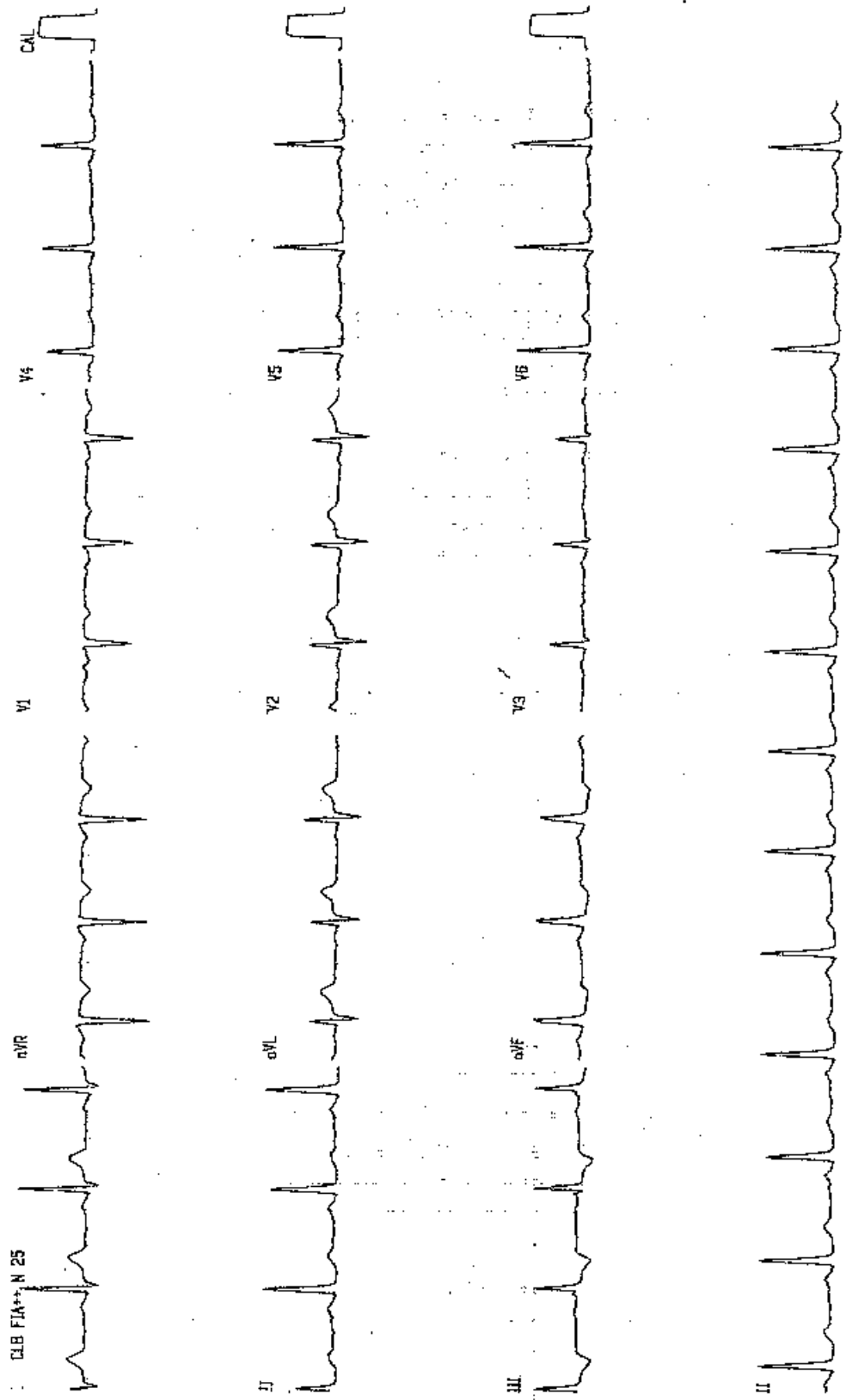
Leito: 0042A

415236/9

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



LA - 12/02/2021 - 09:56:18
Nº 14859664 - 23/02/21
- 1485 - 14/02/21



Solicitação de Acompanhante

 Hospital Universitário EBSERH	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ – HU EBSERH Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, S/N, Ininga- FONE (086) 3215-5658, Teresina – PI, CEP: 64049-550 CNO: 065173870003-84	Prontuário: 415236/4 Intimação: 14/08/17
--	--	--

Nome: Antonio Gomes da Silva				
Endereço residencial:				
Cidade:			CEP:	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado civil:	Profissão:

Justificativa: Pouco com necessidade por de menor importância

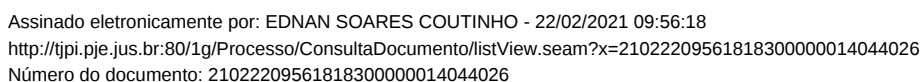
[illegible]

Data: 1 1

Ass. Medico Solicito

Ass. Médico Solicitante

Auditor			





Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Antonio Gomes de Silva</u>	Nº DO PRONTUÁRIO: <u>41523619</u>
DATA: <u>20/03/21</u>	HORÁRIO: <u>10:22h</u>
CLÍNICA: <u>P4</u>	ENF. LEITO: <u>42A</u>

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA	
Nível de consciência/orientação: Consciente (☒) Orientado (☒) Desorientado () Torporoso ()	
Resposta Motora: Sem déficit motor (☒) Com déficit motor (☒)	
Resposta Verbal: Fásica (☒) Disártrica () Afásica ()	
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA	
<u>Vide prescrição médica</u>	
3. DISPOSITIVOS EM USO	
Curativo	SIM ☒ NÃO ☒
Cateter de duplo lumen	SIM ☐ NÃO ☒
Sonda vesical de demora	SIM ☐ NÃO ☒
Sonda vesical de alívio (Cateterismo intermitente)	SIM ☐ NÃO ☒
Dreno	SIM ☐ NÃO ☒
Fixador externo ortopédico	SIM ☐ NÃO ☒
Sonda enteral/nasogástrica	SIM ☐ NÃO ☒
Colostomia	SIM ☐ NÃO ☒
Outro, especifique	SIM ☐ NÃO ☒
4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA	
<u>Limitado com monitor em PO (1x/dia) monitor limpo e seco</u>	
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: () Grau I (☒) Grau II () Grau III () Grau IV*	
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: <u>Vide encaminhamento médico</u>	
*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA	
GRAU I * DEAMBULA SEM AUXÍLIO; * TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO	GRAU II * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTOS; * ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO; * PRESENÇA DE SVD, SNG, CURATIVOS E OUTROS; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DE ROTINA.
GRAU III * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXO; * ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO; * OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE.	GRAU IV * ACAMADO NO LEITO; * HIGIENE NO LEITO; * ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL; * REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA; * COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS; * INCONSCIENTES OU COM DESVIO NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A) CARIMBO



Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Antonio Gomes da Silva
Idade: 43 anos 7 meses Sexo: Masculino Prontuário: 415236/9
Data internação: 14/08/2017 Data Alta: 20/08/2017 Leito: 0042A
Convênio: Sus Permanência: 6 dias
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura
Divisão de Gestão do Cuidado

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
fratura da perna, incluindo tornozelo (s82)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura da perna, incluindo tornozelo (S82)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas
18/08/2017 Osteossíntese de tibia
Consultorias
16/08/2017 CARDIOLOGIA

4. EVOLUÇÃO

Paciente com história de que em 27 de abril sofreu acidente motociclístico com fratura de tibia E, sendo tratado cirurgicamente no HPM, referindo já melhora do quadro, inclusive deambulando com uso de muleta. Refere que há 02 dias sofreu novo acidente evoluindo com dor e edema em mesma perna, realizando nova radiografia com exame sugestivo de nova fratura. Encaminhado a este serviço onde realizou nova radiografia com imagem sugestiva de fratura peri-implante + pilão tibial. Ao exame, edema, dor à mobilização de MIE, flexo-extensão preservadas, neurovascular sem alterações. Paciente submetido a procedimento de RAFI de fratura de tibia + pilão tibial. Procedimento realizado sem intercorrências. Paciente evolui estável, aceitando dieta, boa diurese com SVD, dores ao nível de procedimento cirúrgico. Apresenta FO limpa, com secreção sanguinolenta, com neurovascular preservado. Recebe alta hospitalar com orientações de retorno ambulatorial com Dr Antonio Martins, manter tala e cefaleixina por 07 dias.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Acompanhamento ambulatorial
Manter tala
Retirar pontos cirúrgicos com 15 dias

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

20/08/2017, 09:26 h.

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474

Dr. Lafayeth Macedo
Médico
CRM 6474

Sumário de Alta

Antonio Gomes da Silva

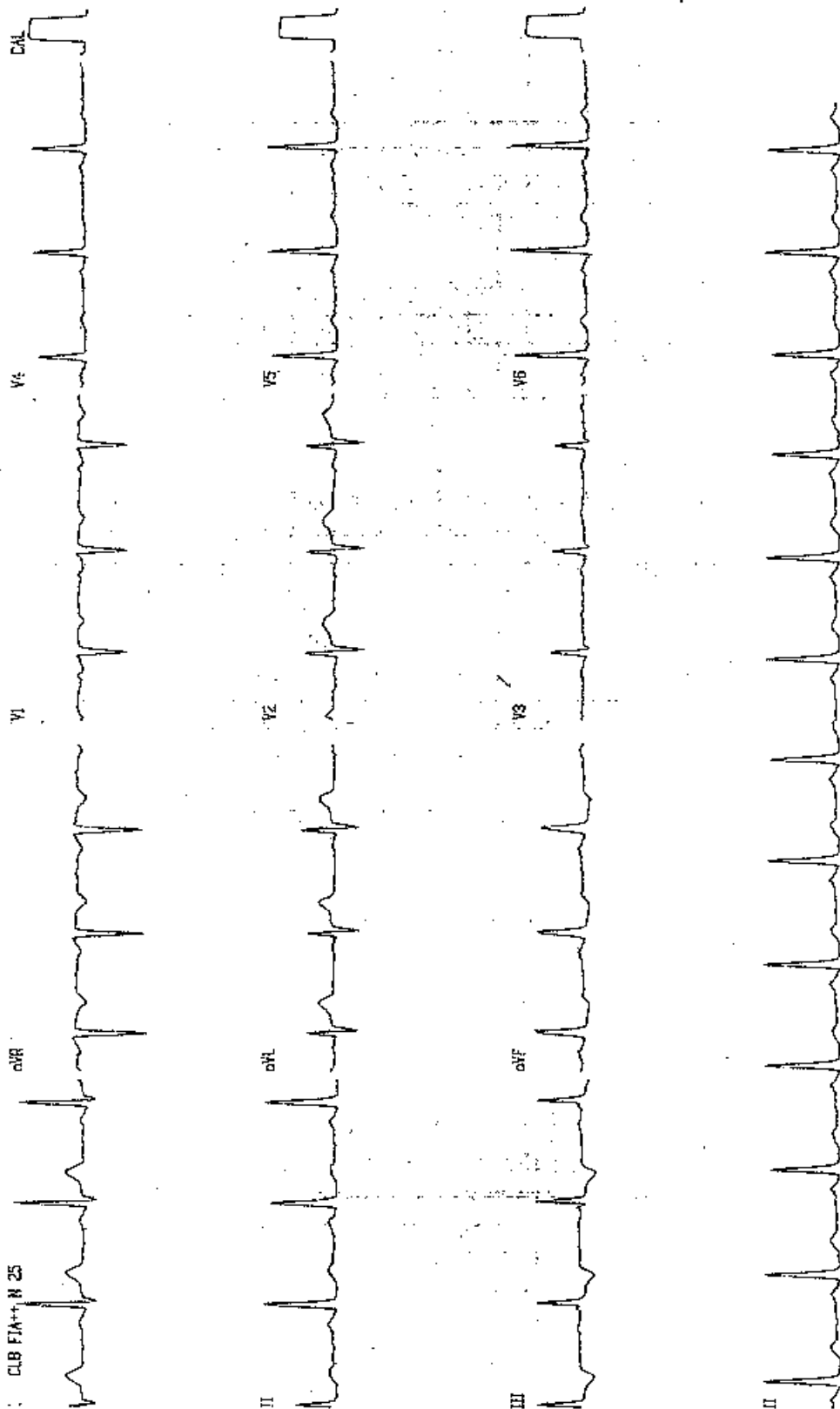
Leito: 0042A

415236/9

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



22/02/2021 09:56:18
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/02/2021 09:56:18
Número do documento: 21022209561818300000014044026





Cliente: ANTONIO GOMES DA SILVA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO
Código: 338842.03

Idade: 43 anos
Sexo: MASC
Data: 31/10/2017 09:09:00

R.X PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico com imagem digital FCR de alta resolução, nas incidências ântero-posterior e perfil demonstra:

- Osteossínteses cirúrgicas através placas e parafusos metálicos ao nível da diáfise inferior da tibia e terço inferior da fíbula em perna esquerda. Bom alinhamento dos fragmentos ósseos.
- Restante da estrutura osteoarticular visualizada sem alterações.
- Partes moles radiologicamente normais.

-Estudo radiológico para controle evolutivo pós-cirúrgico.


Dr. Lívio Parente
Radiologista
CRM 213- PI

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina-PI
CEP: 64.001-260 - CNPJ: 07.697.907/0001-09

Tel.: (86) 3226-3131



EDNAN SOARES COUTINHO

22/02/2021

UFPI

EDNAN SOARES COUTINHO

