



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2014

Carta nº: 4603153

A/C: EDSON FILINTO DE SOUSA

Sinistro: 2014503744
Vitima: EDSON FILINTO DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Tokio Marine Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2014

Carta nº: 4730357

A/C: EDSON FILINTO DE SOUSA

Sinistro: 2014503744
Vitima: EDSON FILINTO DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDSON FILINTO DE SOUSA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 000000024083-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda funcional completa de um dos membros superiores, em grau leve = 17,50%	R\$	2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau leve = 17,50%	R\$	2.362,50
Total avaliado:	R\$	4.725,00
Valor de Multa / Juros:	R\$	0,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





EDR – Serviços Técnicos de Seguros

084473

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura reclamada

Natureza do Evento

Data do Acidente

() Morte

() Atropelamento da vítima

☒ Invalidez Permanente

() Vítima passageiro do veículo

() DAVS - Desp. Assist. Médica e Suplementares

() Vítima motorista do veículo

26.02.12

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
Edson Filinto de Sousa	28.12.86	040.941.143-43

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
Av. Ferroviária B: Todos os Santos	8471	()
CEP	Cidade	Estado
64088-650	Teresina	PI
Nome do Procurador	Endereço completo e telefone para contato	
E-mail	Rua	Nº Fone ()
	CEP	Cidade Estado

Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez
ATENÇÃO: OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTA AVISO. - Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima. - Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório no caso de vítima ou beneficiário proprietário). - Procuração extraída em Cartório específica para recebimento de Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com <u>firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira</u> . - Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador. - Fotocópia do R.G. e C.P.F. da vítima. - Fotocópia do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário. - Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade. - Cópia do comprovante de residência do receptor.	- Certidão de óbito (original ou cópia autenticada). - Laudo da Necropsia (somente quando necessário, a critério da Seguradora).	- Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. - Comproventes das despesas médicas e hospitalares (originais). - Termo de cessação de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso.	- Laudo do Instituto Médico Legal jurisdição onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau da invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.

Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 19.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(o) companheiro(a) e, na falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	- Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.
Beneficiário(a): Companheiro(a)	- Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Previdência Social).
Filhos ou irmãos:	- Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor.
Pais:	- Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	- Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Pode-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.

2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

Local e data

Edson Filinto de Sousa
Assinatura do reclamante

Serv. Téc. de Segs. LT

13 JUN. 2014

PROTOCOL

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edson Filinto de Sousa

PORTADOR(A) DO RG Nº 5001408-1 EXPEDIDO POR SSP-P1 EM 20/02/04

CPF 040941143-43 /CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



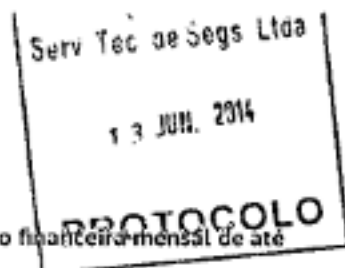
! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.



☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 3389 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00024083-0

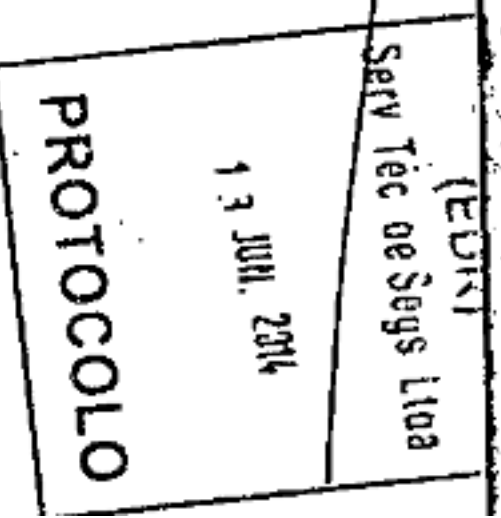
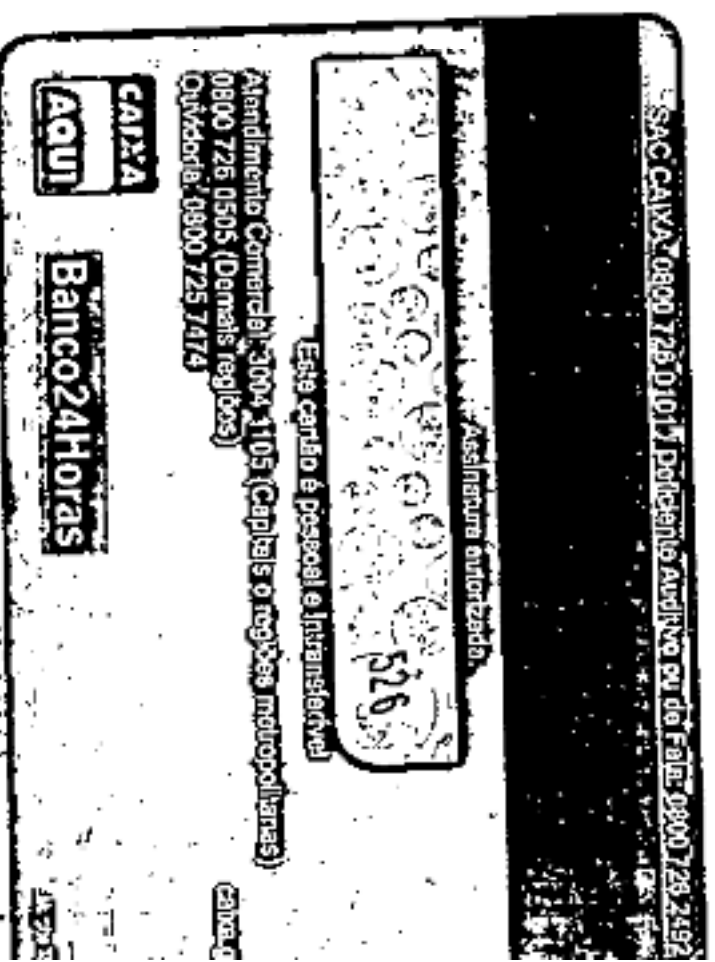
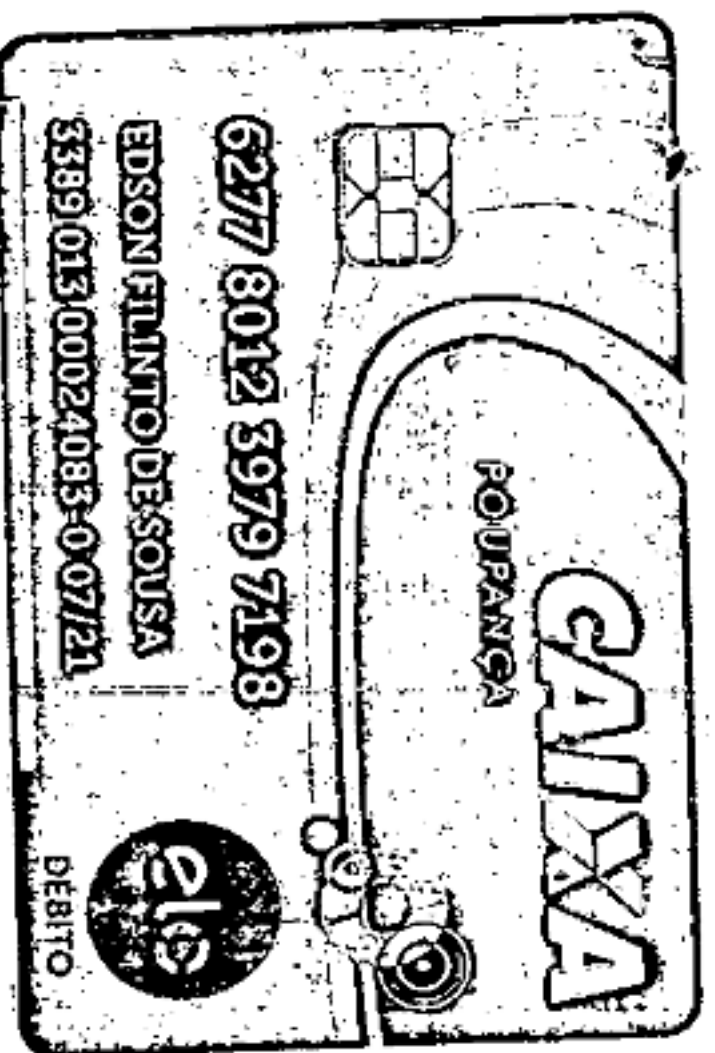
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Edson Filinto de Sousa

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002750/2012-26

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRANSITO

Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Delegado: LUCY KEIKO LEAL PARAIBA

Data/Hora: 13/08/2012 - 10:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

26/02/2012 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

ESTRADA DA USINA SANTANA, Nº:

Complemento

Bairro

Todos os Santos

Ponto de Referência

CLUBE DA CEPISA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: OZAEI MACHADO CARDOSO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Notificante

RG: 1297162 PI

Endereço: RUA FERROVIARIA, Nº 8471

Bairro: Todos os Santos

Cidade: TERESINA

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

RG: 50011081 PI

Endereço: O MESMO DO INFORMANTE, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: TERESINA

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O INFORMANTE RELATÁ QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR150 BROS KS, PLACA NIV-0532-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 321852184, PROP. DE ANTONIO CARLOS DA CONCEIÇÃO, TRÁFEGAVA PELA ESTRADA CITADA, SENTIDO USINA SANTANA/DIRCEU, QUANDO O VW/SANTANA, PLACA LWL-0483-PI, QUE TRÁFEGAVA NO SENTIDO CONTRARIO, INVADIU A PISTA CONTRARIA E COLIDIU COM A MOTO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

OZAEI MACHADO CARDOSO - Notificante
Responsável pela Informação

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Pereira Leal de Araújo
Tabelião Público

LUCCY KEIKO LEAL PARAIBA

Delegado de Polícia

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO DJALMA VELOSO
Maria do Amparo Pereira Leal de Araújo - notário
Rua Barroso, 91/Sul - Centro - Teresina - PI - Fone: (085) 3221-6665

co que a presente cópia fotostática está em perfeita conformidade com o original que contém o relato e o qual me reporto e dou fé.
Em Teresina, 13 de Agosto de 2012.

Tabelião Público do 5º Ofício de Notas



Eu, Edson Filinto de Sousa, portador da carteira de identidade nº 501108-1 e inscrito no CPF/MF sob o nº 040.941.143-43, residente e domiciliado na AV. Ferroviária nº 8471 Bairro Todos os Santos Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



1004029

x Edson Filinto de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDSON FILINTO DE SOUSA

RG nº 5001106-1, data de expedição 02/02/2004 Órgão SSP-PI

CPF nº 040.941.143-43, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA FERROVIÁRIA.</u>
Número	<u>8471</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TODOS OS SANTOS</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64088-530</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3235 5922 (86) 8153-3182</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA, 10-06-2014.

Assinatura do Declarante:

Edson Filinto de Sousa



SAMU TERESINA
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: Pro - 2903 DATA: 26/02/12

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Todas as Santas

NOME DO PACIENTE: Edson Filipe de Sousa

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 26 anos

SAÍDA DO P.A.: 22-11 CHEGADA AO LOCAL: 22-25

SAÍDA DO LOCAL: 22-36 CHEGADA AO HOSPITAL: 22-49

- 01 ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02 ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03 ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
04 ☐ ENVENENAMENTO
05 ☐ AFOGAMENTO
06 ☐ QUEIMADURAS
07 ☐ CHOQUE ELÉTRICO

COLISÃO
CANOE
MOTO

- 08 ☐ QUEDA
09 ☐ MAL SÚBITO
10 ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11 ☐ OUTROS
12 ☐ JÁ REMOVIDO
13 ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☒
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☒
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

SpO2 - 98%

PULSO RADIAL:

FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☒
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 88/64
PULSO 88 bpm
RESPIRAÇÃO 18 rpm

OBSERVAÇÕES

PCTE VITIMA DE COLISÃO (CANOE E MOTO)
COM FRATURA E DOR NA REGIÃO PERNA PROXIMAL E
INTERMEDIO. SEM LESÕES, INCONTINENTE E ORIENTADO.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CARDIO PULMONAR
☒ CURATIVOS
☒ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☒ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☒ OUTROS

NEGLIGENCIA
100g de
ASPIRINA

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

Suelane
Lima
Destino
Daniel.

HOSPITAL DE DESTINO: HUT

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLADO

SOCORRISTA



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Edson Felinto de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 382749



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 26/02/2012 22:59:43

(SERGIO ROCHA)

Nome: EDOSN FILINTO DE SOUSA

Prontuário: 182749

Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

Pai: ANTONIO FILINTO DE SOUSA

End. Resid.: RUA FERROVIARIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:2m:6d

Sexo: Masculino

Fone: - -

Responsável: ANTONIO JOSE FILINTO DE SOUSA

Profissão: AUTONOMO

CNS:

Documento: Reg.Nasc: nao informado

G. Instrução: Não informado

E.Civil: Solteiro(a)

End.Local: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 214142 Data: 26/02/2012 22:59:42

Condução: AMBULANCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR

Acid.Trab.: Não

Caso Policial: Não

Pl.Saúde: Não

Trauma: Não

Convênios U S

Maus Tratos: Não

DADOS CLÍNICOS:

Vitória Acidente com
com Fratura Exposta
perna e antebraço e
liberado p/ ortopedia

PA: X mmHg

Pulso: -

FC: -

Temp.: -

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1. Diet a Jeo
2. Dor - 1500 mg
3. Rx perna, coxa e antebraço
4. SVD

ALTA:

☐ Melhorado☐ Administrativa☐ Curado☐ Por Indisciplina☐ Inalterado☐ Por Evasão☐ A Pedido☐ Retornar à Unid. Origem:☐ Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: :

☐ Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compativel:

DESTINO:

☐ Até 24 Hs☐ Família☐ De 24 a 48 Hs☐ IMU☐ Após 48 Hs☐ Anet. Pat.

Serv 182 de S

13 JUN 2014

PROTOCOLO

ÓBITO:

☐ Até 24 Hs☐ De 24 a 48 Hs☐ Após 48 Hs

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Rogério Viana Neto
MÉDICO
CRM 21.120 CPF: 131.462.332-74

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDOSN FILINTO DE SOUSA				
End. Resid.: RUA FERROVIARIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo: Masculino	Nascimento: 28/12/1986	Idade: 25a:2m:7d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AUTONOMO
Admissão: 26/02/2012	C. Instrução: Não informado	Fone: -	Cartão SUS (CNS):	Procedência: TERESINA
Pai: ANTONIO FILINTO DE SOUSA			Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA	
Responsável: ANTONIO JOSE FILINTO DE SOUSA				
End. Responsável: RUA FERROVIARIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS TERESINA - PI 64000-010				
Documento: _____				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 27/02/2012	Hora: 00:00	Data: ___/___/___	Hora:	P.A. TEMPORÁRIO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO				
CID 10:				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: 0413040178 + 0408050500 + 0413040178				
CID 10: S-00.9 contusão S82-2 + S-00.9 contusão				
Tratamento Realizado: LME coxo + LME articular + litaxo tribu.				
Exames Realizados: R				



Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

[Assinatura]
Dr. [Nome] [Sobrenome]
CRM [Número]

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo do Médico



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:2m:6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 214142
Requisição: 206091 Solicitação: 26/02/2012
Controle: 264336 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 26/02/2012

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relexos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(LUIS RONALDO)

TERESINA - PI 26/02/2012

LUIS RONALDO DE CARVALHO SÁ FILHO

CPF: 462.454.993-72 CRM PI 2465

TERESINA, PI 26/02/2012
Ronaldo Sá Filho
[Assinatura]





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/02/12

NOME DO PACIENTE: Edson Gilius de Jesus PRONTUÁRIO Nº: 182749
DIAGNÓSTICO: fract. exposta antebraço + punho CIRURGIA: Meimelik Libia
ANESTESIA: geral Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. Flávio Manoel M. de S. Costa CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____ CPF Nº: _____
ANESTESIA: Dr. Laurindo CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Madalena CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	04	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	08		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	20	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>Seco peritone</u>	02	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<p>OCORRÊNCIA</p> <p><u>Crepon - 06</u></p> <div data-bbox="1069 1612 1420 1993"> <p>(EDR) Serv Téc de Segs Ltda 13 JUN. 2014 PROTOCOLO</p> </div>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	02	01					
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	02	12					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Patricia Fontenele</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Edem Filinto de Sousa</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Politrauma</u>		
Operação - Tipo <u>LMC caxa op, LMC antebraço op + 1^o pélio</u>		
Cirurgião <u>Flávio M. B. de S. Costa</u>	1 ^o Assistente <u>_____</u>	
2 ^o Assistente <u>_____</u>	3 ^o Assistente <u>_____</u>	
Instrumentador(a) <u>_____</u>	Anestesista <u>_____</u>	Anestesia <u>_____</u>
Anestésico(a) <u>_____</u>		
Data da Operação <u>29/02/22</u>	Início <u>_____</u>	Fim <u>_____</u>
Diagnóstico Pós-operatório <u>_____</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>_____</u>		
Acidente Durante a Operação <u>_____</u>		

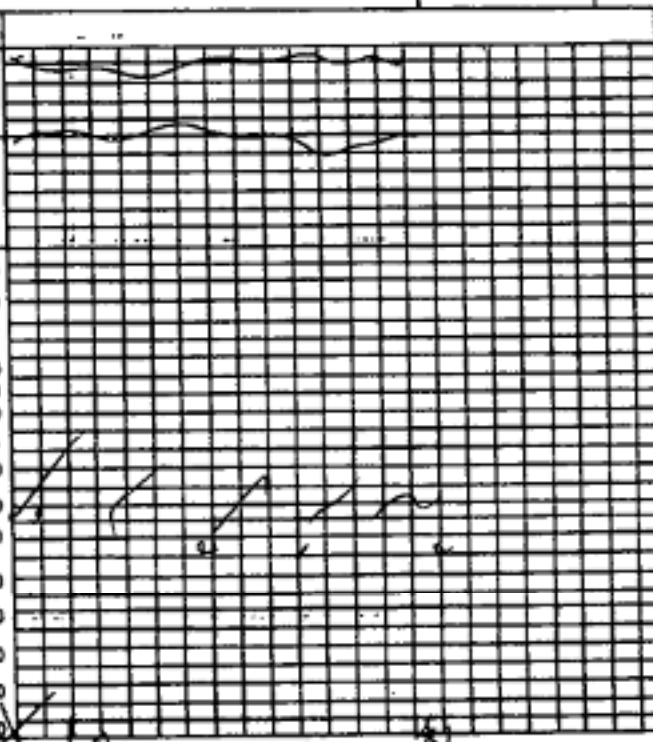


DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Auversão prol, DDA, onepno, autinome, ~~debrido~~
caxa. Debrimento de caxa + fratura e SF = 0,9
em dorso + antebraço, debrimento de pele
+ fratura e SF = 0,9, resumo de fratura + fratura
exten + avulsão - fratura, antinome, caxa,
debrimento em antebraço + sutura + curativos
+ LMC antebraço LMC pé + LMC pélio

Dr. Flávio M. B. de S. Costa
Oncologista Trauma
CRM 3107

NOME DO PACIENTE: <u>Edson Hilário de Sousa</u>					Nº DE REGISTRO			
DATA: <u>02/07/2017</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARÁXICOS OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO ÀS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				<p>S. fis. 2000g Pompa de fora da tração 2 Anos respiração 3</p>		
		SANGUE 300						
		OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C°	260	<p>SEQUÊNCIA</p> <p>1 Oxi =</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8 Intu</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p>					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200						
		180						
		160						
		140						
		120						
		100						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		80						
		60						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		40						
		20						
RESPIRAÇÃO O		10						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO		
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES						<p>CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS</p>		
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
PARTICULARIDADES								

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HOSPI

AIH : 221210017042-3
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

EDSON FILINTO DE SOUSA

MADEIRA

22/02/2012

Identificação do Estabelecimento de :

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TER

2- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

D. LIBERA: 28/02/2012

PROCED.: 0415030013

OP. SIST: LUCILENE

CID: T009

DT. LAUDO: 27/02/2012

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

RES. MEDICO RESPONSÁVEL

5828856

Código de

internação:

52496

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

6 - Prontuário: 182749

7- CNS:

8- Nascimento: 28/12/1986

9- Sexo: Masculino

11- Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

12- Fone: - -

13- Resp: ANTONIO JOSE FILINTO DE SOUSA

14- Fone: - -

15- Ender: RUA FERROVIARIA N°5471 - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010

16- Munic: TERESINA

17- Cod. IBGE: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Acidente motorizado e. fratura exposta.
anterior em x. ref. exposta tibia e fêmur
extremo na coxa exp.

21 - Condições que justificam a internação:

Fract. exp.

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

Acumulo de L + ex. fino

23- Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24- CID Prin:

25- CID Sec:

26- CID Causa:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0415030013

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo: 9999

29- Clínica:

30- Caráter: Ident.: 31- Docun.: 32- Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

841.275.623-15

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34- Data Solicitação:

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

27/02/2012

Dr. Flávio Maciel Barbosa de Santana
Onges de Especialidade
CRM 1100

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39- CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

42- CNPJ Empresa:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

43- CNAB Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

48- Documento:

49- Num. Documento:

() CNS

() CPF

0413040178 + 0408050500

50- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Ass. ou Responsável:

Usuário: (JOLSEMA CUNHA)

Consulta Local: 21112

Consulta SUS:

odopedic

HUT DIPAS - GERÊNCIA DE ENFERMAGEM	ORIGEM: () HALL	DATA DE NASCIMENTO			SEXO					
	POSTO: _____	DIA	MÊS	ANO	1-M/2-F					
	CLÍNICA: _____									
	EMERGÊNCIA: _____									
HOSPITAL: _____	ENF: _____	LEITO: _____	NOME: <u>Edson Filinto da Sousa</u>							
PÓS-OPERATÓRIO										
DATA: <u>27-02-12</u>		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>4:12</u>								
CIRURGIA REALIZADA: <u>linc. baco</u>		TIPO ANESTESIA: <u>geral</u>								
<u>fechou, pé.</u> S.V.R	HORÁRIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	<u>117/89 mmHg</u>									
F. CARDÍACA	<u>136 bpm</u>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXIMETRIA	<u>95%</u>									
NOME/ MATRÍCULA										
2- EXAME FÍSICO										
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO - REGULAR - RUIM	BOM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA		
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INSCONSCIENTE)		(x) BOM () REGULAR () RUIM								
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL		(x) BOM () REGULAR () RUIM								
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA		(x) BOM () REGULAR () RUIM								
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE		(x) BOM () REGULAR () RUIM								
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO		(x) BOM () REGULAR () RUIM								
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE		(x) BOM () REGULAR () RUIM								
NOME/ MATRÍCULA: _____										

(EDR)
Serv Téc de Segs Lit
13 JUN. 2014

PROTOCOLO

3- DRENOS/ SONDAS E CATETERES

DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
() SVD			
() SNG			
() DRENO DE SUCÇÃO			
() DRENO DE PENROSE			
() DRENO DE KEHR			
() PLEUROSTOMIA			
() ESOFAGOSTOMIA			
() GASTROSTOMIA			
() JEJUNOSTOMIA			
() ILEOSTOMIA			
() OUTRO			

4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

04:12h Admitido na RPA no PDI de HMC de
 caso de lesão, autêntica e pl. sob anestesia geral
 ventral, hipotensão, respiração espontânea
 não, não, não O₂, após serio em 1.500ml.

Josiane Alves de Moura Bezerra
 Enfermeira
 COREN-PI 11.354

5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS _____ HORA: () CLÍNICA DE ORIGEM () UTI () AMBULATÓRIO () OUTRO:
 OBSERVAÇÃO:

NOME/ MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO
 TRANSPORTE:



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
OSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OLAP	LEITO
EDSON FILINTO DE SOUSA		182349	Ortopédica	236	030
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA/HORA CÓDIGO			OBSERVAÇÕES		
02/12			0122120214149		
27			0122120217139		
POI			LNC caso em LNC velho		
			LNC antiofeg. ag. LNC Pi		
			fixado tipo ag.		
1			Dieta Oral Livre Após Rec. Anestésica		
2			Soro Fisiológico 0,9% 1000ml EV 28gotas/min		
3			Flagyl 500 mg EV 8/8h		
4			Cefalotina 1g 01 amp + AD EV 6/6h		
5			Gentamicina 240 mg + 100mL SF a 0,9% EV lento 1x/dia		
6			Dipirona 01 amp + AD EV 6/6hs		
7			Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12hs		
8			Ranitidina 50mg 01 amp + AD EV 8/8hs		
9			SSVV + CCGG		
10			TETANOGAMMA 1 AMP IM DOSE ÚNICA		
			SPR		
			3.5079		
			Previsão de Alta: 11 SEM		
			Ola, bom trabalho		
			Fiof. Mordeno, o. a. e. e.		

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito-1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494
Requisição: 206455 Solicitação: 28/02/2012
Controle: 264785 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020107

Data Exame: 28/02/2012

COLUNA TORACO LOMBAR OU TORACICA

- Corpos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Pedículos, lâminas e articulações interapofisárias sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

TERESINA, PI 15/06/12
Rafaela Brito



**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494
Requisição: 206455 Solicitação: 28/02/2012
Controle: 264783 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 28/02/2012

BACIA UMA INCIDÊNCIA

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

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(RANDI SILVA)

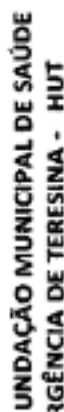
TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

TERESINA, PI 15/06/12
Pecilia Brito





HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EDSON FELINTO DE SOUSA		182749	Ortopédica	230	227	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS				
09/04/12	<p>1 Dieta oral livre</p> <p>2 Dipirona 500mg 01 comp VO 6/6hs</p> <p>3 Tilatil 20mg 01 comp VO 12/12hs</p> <p>4 Captopril 25mg 01 comp VO 8/8 se PA > 160/100</p> <p>5 Ranitidina 150mg 01 comp VO 12/12hs</p> <p>6 Paracetamol 60gt VO 6/6hs S/N</p> <p>7 Cuidados gerais e sinais vitais</p>	<p>28/04/12</p> <p>06/05/12</p> <p>06/05/12</p>				
OBSERVAÇÕES MÉDICA						

PROTÓCOLO

13 JUN 2012

Serv. Téc. de Segs. Média

(R) OFV

Validade: 30 dias

Gratuidade: 12 dias

TEOP 2014

(BDFV)
Serv. Téc. de Segs. Mtoa
12 JUN. 2001
PROTOCOLO

UP080 01155071 221100070
AIH : 221210027951-0
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

EDSON FILINTO DE SOUSA

D.LIBERA: 13/04/2012

DT. LAUDO: 13/04/2012

PROCD: 0408020431 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNIC

OP.SIST: REGINA

CID: S520

Jose Nilton
Auditor
Cirurgia
MEDICO RESPONSÁVEL

58288 55

35079

UNDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

URGÊNCIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3-Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

6 - Prentuário: 1827 48

7-CNH: 8990504528427

6-Nascimento: 28/12/1986

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

19 ABR 2012

12-Pai: ~~EDSON FILINTO DE SOUSA~~ Ent. Ronaldo José

14-Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº 541 - DOCOS OS SANTOS - CEP: 64000-010

15-Cidade: TERESINA

17-Cod.INS: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Doa edson
Limpeza e
anestesia E

Serv Tec de Segs 1103
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

22 - Condições que justificam a internação:

Fratura de antebraço E

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

Raio X

24-Diagnóstico inicial:

Fratura de extremidade superior do cbito (ulna)

S520

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-Precedente: 27-Precedente Solicitado:

0408020431

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

28-Caracter:

29-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Proc. Mdo. Solido:

02

01

CPF

695.721.193-10

33-Nome profissional solicitante/Assinante:

34-Data Solicitação:

13/04/2012

GIACOS TEURE MELO NASCIMENTO

35-Ass. Carimado Nod. Tda. Dta:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Tipico

38- () Acidente Trabalho Trajetos

39 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

40 - Nome do Profissional Autorizador:

41-Data Autorização:

42-Documento:

43-Num. Documento:

44-Data: 13/04/2012

45 - Assinatura do paciente ou representante:

46-Ass. Carimado (Ass. Profissional):

47-Ass. Carimado (Ass. Hospitalar):

48-Ass. Carimado (Ass. Ambulatório):

49-Ass. Carimado (Ass. Emergência):

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**DATA 10/04/2016

NOME DO PACIENTE: <u>Edson Felinto de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>182749</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>D. C. Augusto</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>J. Venâncio</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>75</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>8</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>11</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>250</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>03</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>40</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>		<u>At. de Crep...</u>		<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>20</u>	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Paula</u>			
PROLENE							



NOME DO PACIENTE: EDSON FELIPE DE SOUSA				Nº DE REGISTRO	
DATA: 04/2012	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FISIO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES		
1		2	3		
LÍQUIDOS		SO-UTO	500		
		SANGUE	400		
		OUTROS	300		
			200		
			100		
TEMPERATURA T	Cº	280			
		240			
		2			
P. ARTERIAL	38	200			
V		180			
O		160			
PULSO		1			
		140			
		120			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		100			
		80			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60			
		40			
RESPIRAÇÃO O		20			
		10			
SÍMBOLOS			DURAÇÃO		
TÉCNICAS			INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS					
PARTICULARIDADES					

COOPANEST
CNPJ - 01.403.415/0001-61
ANESTESISTAS

CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

Serv. Téc. de Segs. Ltda
13 JUN. 2014

PROTOCOLO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Edson Filinto de Sousa*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura de antebraço e*

Operação - Tipo *Osteomíntese de antebraço e*

Cirurgião *[Assinatura]* 1º Assistente

2º Assistente *Dr. Cláudio Tugarte Nascimeto* 3º Assistente

Instrumentador(a) *ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA* Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Não

Acidente Durante a Operação

Não


DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em decúbito dorsal e lateral
- 2) Antebraço esquerdo
- 3) Anestesia de campo operatório
- 4) Incisão antebraço e
- 5) Redução e fixação de fratura de ulna com placa e parafusos
- 6) Fratura e curativo

Dr. Cláudio Tugarte Nascimeto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 2775

Atropidia

 DIP 46- GERÊNCIA DE ENFERMAGEM	ORIGEM: () HALL POSTO: _____ CLÍNICA: _____ EMERGÊNCIA: _____	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F
		DIA MÊS ANO			
HOSPITAL: 930 LB/C 287 NOME: Edson Silito					

POS-OPERATÓRIO

DATA: 10/04/2012 HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: 15:30

CIRURGIA REALIZADA: Int. Otitomasto ANESTESIA: Bloqueio

S.V.R	HORARIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
F. ARTERIAL	158x105									
F. CARDÍACA	72 bpm									
F. RESPIRATÓRIA	//									
TEMPERATURA										
OXIMETRIA	100%									
NOME/ MATRÍCULA	100100									

2- EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO - REGULAR - RUIM	BOM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DO MEIO A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
PELE BOM: ROSA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE (NOME/ MATRÍCULA)	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							

(1201)
 Serv. Tec. de Segs. Ltda.
 13 JUN. 2014

PROTOCOLO

3- DRENOS/ SONDAS E CATETERES

DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
() SVD			
() SNG			
() DRENO DE SUÇÃO			
() DRENO DE PENROSE			
() DRENO DE KEHR			
() PLEUROSTOMIA			
() ESOFAGOSTOMIA			
() GASTROSTOMIA			
() JEJUNOSTOMIA			
() ILEOSTOMIA			
() OUTRO			

4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

15:30 Admitido na SRPA no 101 de hot. em hot autê
tracot, no bloqueto neno, com cicatrizes, curado,
do, curado, sem queixas

União Brasileira
ENFERMEIRAS
CORRESPONDENTES
C.R.E. 007.02.000.000

5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS 16:30 HORA: () CLÍNICA DE ORIGEM () UTI () AMBULATÓRIO () OUTRO:

OBSERVAÇÃO: Estável, curado à enfermagem

NOME/ MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO
TRANSPORTE: Regina

HOSPITAL HUT	ORIGEM: () HALL	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F
	POSTO:	DIA	MÊS	ANO	
	CLÍNICA: <u>Outop</u>	28	12	86	
	EMERGÊNCIA:				
NOME: <u>Edson Delinto de Souza</u>					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CIRÚRGICO
TRANS-OPERATÓRIO - CENTRO CIRÚRGICO

ATA: 10.04.12 HORÁRIO DE ADMISSÃO/ CC: _____

QUIRURGIA PORPOSTA: otomastomia de pat. de unguis

URGÊNCIA PROGRAMADA () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA

EXAM: () SIM () NÃO TEMPO: 12 h SEM INFORMAÇÃO ()

PRÓTESE: () NÃO () SIM PROVIDÊNCIAS: _____

Nº DA SALA DE OPERAÇÃO: 05

1- SINAIS VITAIS

PA: 572/104 FC: 114 SATURAÇÃO: 99

2- PUNÇÃO VENOSA

CATETER INTRAVENOSO Nº: _____ LOCAL: MSD SORO: S.F.O. 9%

ADMISSÃO: Admitida no CC p/ fac. cirurg. de pat. de unguis

Considerada orientada sobre procedimentos, como responsável por cateter de O2, pele e mucosas hidratadas. Aguarda procedimento em sala cirúrgica

3- DESCRIÇÃO

ANESTESIA: BPB INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

ANESTESISTA: Dr. Carlos Augusto AUXILIAR DE ANESTESIA: _____

CIRURGIA REALIZADA: otomastomia de pat. de unguis

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Clausen 1º AUXILIAR: Acad

2º AUXILIAR: _____ 3º AUXILIAR: _____

ENF(A) Helipe INSTRUMENTADOR(A): Jornilda CIRCULANTE: Paula

4- PROCEDIMENTOS

4.1 POSICIONAMENTO DO PACIENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO:

(X) DORSAL/ SUPINA () VENTRAL

() TRENDLEMBURG () TRENDLEMBURG REVERSO

() LATERAL () LITOTOMIA/ GINECOLÓGICA

() FOWLER/ SEMI-FOWLER () DEPAGE/ CANIVETE

4.2 PROTEÇÃO DAS PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS:

() NÃO () SIM LOCAL: _____

(EDR)
Serv Téc de Segs Ltao
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

4.3) CATETERISMO VESICAL: NÃO

SVD Nº: _____

PVPI TÓPICO()

OUTROS()

LUBRIFICANTE: _____

BALONETE TESTADO:

() SIM () NÃO ml: _____

URINA: VOLUME RESIDUAL: _____ ml

COLETOR: () ABERTO () FECHADO

ASPECTO: _____

EMBROCAÇÃO: () SIM () NÃO

REALIZADO POR: _____

4.4) DEGERMAÇÃO:

(☒) SIM () NÃO LOCAL: MSE

OBSERVAÇÃO: evr - +

4.5) OUTROS:

() S.N.G.

(☒) PRESSÃO NÃO INVASIVA

(☒) ECG

() P.A.M.

() DRENAGEM TORÁCICA

() INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

() F.V.C

() PUNÇÃO SUBCLÁVIA

(☒) OXÍMETRO DE PULSO

() P.I.C

() DISSECÇÃO VENOSA

() INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL

() CAPNÓGRAFO

() OUTROS

4.6) PLACA DE BISTURI:

(☒) SIM (☒) NÃO

TIPO: () METAL () DESCARTÁVEL

LOCAL: _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

4.7) PEÇAS/ ENCAMINHAMENTOS: vd

() ANATOMIA PATOLÓGICA

() BIÓPSIA/ CONGELAÇÃO

() CITOLOGIA/ CULTURA

() PROJÉTIL: DESTINO: _____

() OUTROS: _____

4.8) CONFERÊNCIA DE COMPRESSAS/ TURUNDA/ DISSECTORES:

OFERECIDAS: 03 pac

DEVOLVIDAS: 03 pac

OBSERVAÇÕES: _____

4.9) CONFERÊNCIA DE INSTRUMENTAL:

(☒) SIM

() NÃO

TOTAL DE PEÇAS: _____

4.10) CURATIVOS / OSTOMIAS:

() OCLUSIVO

() ABERTO

(☒) COMPRESSIVO

() PRESENÇA DE DRENOS (TIPOS): _____

() OSTOMIAS (TIPOS): _____

5- OBSERVAÇÃO GERAIS :

6- ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO ÀS _____ HORAS PARA: (☒) SRPA: () OUTROS _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

(ROR)
Serv Tcc de Segs Ltda
13 JUN 2014
PROTOCOLO
Nº 000 - AUTU



HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

[illegible]

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MILTON BATISTA FILHO

Idade: 25 anos
Sexo: MASC
Data: 24/04/2012
14:58:00

Código: 514685.01

RADIOGRAFIAS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
(T) (LA)

ACHADOS:

Fratura completa alinhada na diáfise medial da ulna, fixada por placa e parafusos metálicos, associado a fragmento ósseo destacado localizado anteriormente à fratura, medindo 0,8 cm.
Interlinhas e superfícies articulares: integras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMPLETA ALINHADA NA DIÁFISE MEDIAL DA ULNA, FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, ASSOCIADO A FRAGMENTO ÓSSEO DESTACADO LOCALIZADO ANTERIORMENTE À FRATURA;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COMPART. 1001 - 1º ANDAR
09/04/2014
Dr. Edson Filinto de Sousa
Matrícula: 62965-9
CPF: 275.085.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Dr. José Vas Silva
CRM 3406

Dr. Leonardo Velloso
CRM 3013

Dr. Wilsonay Leal
CRM 2062

Dr. Edward Muel Alencar
CRM 2738

Dr. Leonardo A. N. Matos
CRM 3508

Dr. Alan Michel D. Lima
CRM 3489

(EDR)
Serv. Téc. de Seys Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MILTON BATISTA FILHO

Idade: 25 anos
Sexo: MASC
Data: 24/04/2012
14:58:00

Código: 514685.01

RADIOGRAFIAS DA PERNA ESQUERDA
(T) (LA)

ACHADOS:

Fraturas cominutivas desalinhadas localizada nas diáfises proximal e medial da tibia e fibula, esta última fixada por placa e parafusos metálicos.

Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. FRATURAS COMINUTIVAS DESALINHADAS LOCALIZADA NAS DIÁFISES PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA E FÍBULA, ESTA ÚLTIMA FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 09/06/2014
Edson Sílvia Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Dr. José Vas. Silva
CRM 3406

Dr. Leonardo Veloso
CRM 3013

Dr. Wilsonny Leal
CRM 2062

Dr. Edward Mont'Alvares
CRM 2938

Dr. Leonardo A. N. Matos
CRM 3508

Dr. Alan Michel D. Lima
CRM 3489

Sus

Edson Filinto de Sousa

Dr. Themistocles
PRONTUÁRIO MÉDICO

207-4



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 09 de Junho de 2014
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

EDSON FILINTO DE SOUSA
CID: N841
HISTÓRIAS
ORTOPEDIA
Nº 2374
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

RII
R

AIH : 221210181591-3
UNI : HGV

Órgão Emissor: N221100001

EDSON FILINTO DE SOUSA

ASSINATURADA

NASCIMENTO
28/12/1986

Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS
Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

IDENTIFIC

5-Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

7-CMS: 898050074328427

8-Nascimento: 28/12/1986

9-Sexo: Masculino

CPF:

11-Mãe: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

12-Fone: 86-3235-5922

13-Resp: (O MESMO)

14-Fone:

15-Endereço: RUA FERROVIÁRIA N 8471 - TOROS OS SANTOS - CEP: 64088-530

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64088-530

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Perda osso da tíbia necessitando
alongamento e três parafusos

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Em 09/09/2012
Edson Filinto de Sousa

21 - Condições que justificam a internação:

Necessito cirurgia

Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97

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

Auxílio Ex fino (Imagem)

CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

23-Diagnóstico Inicial:

Ausência de consolidação da fratura (pseudo-artrose)

24-CID Prim:

M841

25-CID Sec:

26-CID C.Aux:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408060034

27-Procedimento Solicitado:

ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE OSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 01

01

31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 386.739.243-91

CLÍNICA ORTOPÉDICA

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

THEMISTOCLES R NETO (JOELHO, QUADRIL, OMBRO)

35-Ass. Conselho Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Dum. Documento:
	18/09/12		
() CNS () CPF			
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data Autorização:	53-Data Autorização:	54-Data Autorização:
Edson Filinto de Sousa	13 JUN. 2012	13 JUN. 2012	13 JUN. 2012

PROTÓCOLO

DT: 23/09/12

CR: 21/09/12

2235-5922

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 107.4NOME: Edson Filinto de Sousa PRONTUÁRIO: 1057169DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur no 1º membro inferior direitoCIRURGIA: Procedimento de fixação de fratura de fêmur Nº SALA: 07CIRURGIÃO: Dr. Themistocles Neto

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADORA Vera + Miguel CIRCULANTE: JesusTÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Redução e fixação com placa e parafusos 2) Anestesia geral 3) Lavagem da ferida 4) Preenchimento da ferida com algodão 5) Curativo com gaze e curativo

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	PREÇO
AGULHA 25 x 7	UNID	03		LUVA Nº 7.0 7.5	PAR	04	
AGULHA 30 x 8	UNID	03		LUVA Nº 8.0 8.5	PAR	04	
AGULHA 40 x 12	UNID	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID	02		PVPI DEGERMANTE	ML	300	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI TÓPICO	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		ÁLCOOL 70% 70% 70%	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		SERINGA 20CC	UNID	04	
COMPRESSA	PAC	08		SERINGA 10CC	UNID	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID	02		SERINGA 5CC	UNID	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 3CC	UNID	-	
ESCALPE Nº	UNID	-		SOROFISIOLÓGICO	FRASCO	08	
FORMOL	ML	-		SONDA URETRAL	UNID		
GASES 2	PAC.	15		SONDA DE FOLEY	UNID		
JELCO Nº 20	UNID	01		COLETOR DE URINA	UNID		
LÂMINA DE BISTURI 24	UNID	02		ETER. Crepon	ML	06	
FIOS	UNID	QUANT	PREÇO	OCORRÊNCIAS:			
CAT. GUT. SIMPLES C/ AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/ AG							
CAT. GUT. CROMADO S/ AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	210						
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

HOSPITAL CEN
CONFERE COPIA DE PRONTUÁRIOS
Enf. 09/04/2014
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS
ENFERMARIA: 107.4
CIRCULANTE: Jesus

TA: _____

CIRURGIÃO

Tipo/Sanguíneo	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Creatinina	Outros
Urina						

02		
Líquidos		
CÓDIGOS		
X - ESCALA DE FLUXO DA ANESTESIA		
V - P.A. SISTÓLICA		
A - P.A. DIASTÓLICA		
O - TEMPO		
• - 1º REG. CARDÍACA		

DIURESE (ml)	TOTAL	INÍCIO	FIM
Técnico	DURAÇÃO		
Técnica Anestésica:	Cânulas		
Observações:	Perda Sanguínea		

OXIGÊNIO
INÍCIO:
TÉRMINO:

José Miguel de Andrade Filho
CRM 1687 - CPF 138.542.4036

PACIENTE TRANSFUNDIDO	
Sangue Total:	ml
C. Hemáceas:	ml
Plaquetas:	ml
Plasma:	ml

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina:	Amp.
Cefazolina 1g	Fr
Clonidin	Amp
Diazepam	Amp
Dimorf	Amp.
Dormonid	Amp.
Droperidol	Amp
Efortil	Amp
Emplastro	Ml
Fentanil	Ml
Halotano	Ml
Isoflurano	Ml
Narcan	Amp
Neostigmina	Amp.
Pancuronio	Amp.
Propofol	Ml
S.Fis. 0,9%	Fr

S. Glic. 5%	ml
Ringer	ml
Lidocina 5% pesada	Amp
Neocaina 0,5% pesada	Amp.
Neocaina 0,5% Isobárica	Amp.
Novabupr 0,5%	Amp.
Neocaina	% v
Novabupr	% v
Lidocaina	% v
Quelicim	Fr
Quetamina	Ml
Sufenta	ml
Tiopental	Ml
Trasrium	Amp.

Anestesiista - CRM

José Miguel de Andrade Filho
CRM 1687 - CPF 138.542.4036

ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

SUBMETEU-SE A ANESTESIA:	P.A.	mmHg	F.C.	bpm
CONDIÇÕES DE ALTA:	ENCAMINHADO A:			

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO: _____

LEITO: 107/04PROCEDIMENTO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME: Edson Filinto de SousaData: 26/09/2012

dia de UTI/Diagnóstico: _____

M
A
N
H
ÃNível de consciência: Consciente, OrientadoPadrão de Resposta Motora: Voluntária e intencional em MIE (Perna)

S. Respiratório: (X) Espontânea - VAA: () TOT - () TQT

Ritmo: Eupneico Profundidade: Profunda FR(espontânea): _____

Tosse: () Produtiva (X) Seca - Ausculta Pulmonar: _____

Secreção: (X) -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 Aspecto: _____

Oxigenoterapia: Sem aporte de O₂

S. Cardiovascular: PA: _____

FC: _____

Perfusão Capilar: _____

Conduta Fisioterapêutica: (X) Respiratória (X) Motora

Observações: _____

Marcelo Sousa Maia
Fisioterapeuta
CREPITO 57.112808-F

Carimbo/Assinatura

T
A
R
D
E

Nível de consciência: _____

Padrão de Resposta Motora: _____

S. Respiratório: () Espontânea - VAA: () TOT - () TQT

Ritmo: _____ Profundidade: _____ FR(espontânea): _____

Tosse: () Produtiva () Seca - Ausculta Pulmonar: _____

Secreção: () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 Aspecto: _____

Oxigenoterapia: _____

S. Cardiovascular: PA: _____

FC: _____

Perfusão Capilar: _____

Conduta Fisioterapêutica: () Respiratória () Motora

Observações: _____

13 JUN 2014
PROTÓTIPO

Carimbo/Assinatura

J) SISTEMA TEQUIMENTAR

Prele: ∞ aurific () deservita (∞) liberata () desicilitata (∞) nomocritata () hipocritata ()
() integra () resonata (pozi) () edelara ()

Em caso de presença úlcera por pressão

() ESTAGIU I: experimente cu animale pe care se pot realiza următoarele:

() Estrógeno II: hecda sublinneo comomido sem afingitádo (prolinda)

() ESTADO III: tecido muscular - tendão - cartilagem - osso (muito profundo)

() ESTADO IV: modo muscular-tendoso-activo.

1) APARELHO GENITOURINÁRIO

Distância: ☒ Espectadoras () Inconfortáveis () Faltando () Sando de Esforço () Cautelismo

dispositivo Unifunção

[illegible]**MA) PADRÃO DE SONO**

☒ Regular ☐ Full-time ☐ Part-time

Uso de sedativo-calmanantes: () Sim () Não

N) SISTEMA REPRODUTOR

(1) Menor (2) Interpausa (3) Principia (4) Multipara Outro

Atividade sexual (nº de vezes)

Orientação sexual

VIRGIL

[illegible][illegible]

Over

Data da inserção do documento

0.65.

Abdul Muin bin Ghazwan
ASSISTANT ENGINEER (M) DOZEN

ASSINATURA ENFERMEIRO (A) LICENCIADO(A)

31ª do J. 1ª Seção
FERNANDEIRA
COREN-PI 33.327

COREN-1

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espondílica A voz A dor Nenhuma	4 3 2 1
Melhor Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Somos incongruentes Nenhuma	5 4 3 2 1
Melhor Resposta motora	Obedece comandos Dor localizável Retirada da flexão Flexão anormal Estímulo anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1
PONTUAÇÃO TOTAL		15

PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
+4	Agressivo	Violento, perigoso, combate.
+3	Muito agitado	Condição agressiva, rompimento de tubos ou cateter.
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes.
+1	Inquieto	Inquietação, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos.
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo.
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável e mantém contato visual por mais de 10 segundos.
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por mais de 10 segundos.
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual.
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimentação ou abrem os olhos com estímulos físicos.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

INCL. P/RES.		IMC		IDOSO	
VALOR	ADULTO	VALOR	ADULTO	VALOR	ADULTO
Abaco de 18.5	Subnutrido ou abaixo do peso	Abaco de 21.9	Subnutrido ou abaixo do peso	Abaco de 22.0 e 27.0	Subnutrido ou abaixo do peso
Entre 18.6 e 24.9	Peso ideal	Entre 27.1 e 32.0	Peso ideal	Entre 27.1 e 32.0	Peso ideal
Entre 25.0 e 29.9	Excesso de peso	Entre 32.1 e 37.0	Excesso de peso	Entre 32.1 e 37.0	Excesso de peso
Entre 30.0 e 34.9	Obesidade	Entre 37.1 e 41.9	Obesidade	Entre 37.1 e 41.9	Obesidade
Entre 35.0 e 39.9	Obesidade grave	Entre 42.0 e 46.9	Obesidade grave	Entre 42.0 e 46.9	Obesidade grave
Acima de 40.0	Obesidade mórbida	Acima de 47.0	Obesidade mórbida	Acima de 47.0	Obesidade mórbida

Serv Tèc de Segs Llog
13 JUN. 2014

13 JUN. 2014

APPROPRIATE

08-06-19

	APRAZAMENTO	APRAZAMENTO
1 - Higiene corporal <input type="checkbox"/> Realizar / auxiliar: banho no leito - aspersão - cadeira higiênica <input checked="" type="checkbox"/> Realizar / auxiliar: higiene oral(clorexidina/escova) ocular(SF) <input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima a cada troca de fralda <input type="checkbox"/> Realizar massagem de conforto e hidratação <input type="checkbox"/> Realizar tricotomia <input type="checkbox"/> Realizar lavagem do couro cabeludo		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado: <input type="checkbox"/> Observar e anotar presença de tosse <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas / SN <input type="checkbox"/> Observar e anotar aspectos da secreção das vias aéreas
2 - Alimentação A) Jejum para: <u>ANÁLISE</u> <input type="checkbox"/> Auxiliar, estimular, observar e anotar aceitação da alimentação <input type="checkbox"/> Estimular ingestão hídrica	M	7 - Observar, anotar e comunicar A) Alterações dos sinais vitais <input type="checkbox"/> Sinais de hipotensão/hiperglicemia; 60 < glicemia capilar < 120 mg/dl <input type="checkbox"/> Mudança do nível de orientação <input type="checkbox"/> Local de punção venosa (sinais flogísticos) <input type="checkbox"/> Edema / hematoma / equimose / tremor / câmbios na pele <input type="checkbox"/> Náuseas / vômitos <input checked="" type="checkbox"/> Queixas algicas: local / intensidade <input type="checkbox"/> Hipermia em proeminências ósseas e partes moles
3 - Conforto físico A) Manter repouso absoluto / relativo <input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de _____ / _____ horas <input type="checkbox"/> Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito <input type="checkbox"/> Sentar na poltrona por: _____ <input type="checkbox"/> Estimular/auxiliar na deambulação <input type="checkbox"/> Manter grades elevadas <input type="checkbox"/> Proteger proeminências ósseas com coxins <input type="checkbox"/> Realizar e supervisionar medidas de contenção	M	8 - Cuidados-específicos: <input type="checkbox"/> Fazer rodízio no local da aplicação de insulina <input type="checkbox"/> Fazer rodízio no local da glicemia capilar <input type="checkbox"/> Comunicar e registrar queixas algicas: local/intensidade
4 - Eliminações A) Anotar frequência e aspecto das evacuações <input type="checkbox"/> Oferecer papagaio/aparedeira	M	9 - Hemodinâmica <input checked="" type="checkbox"/> Ventilar e anotar SSV de 6 / 5 h <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Equipe de nutrição enteral
5 - Curativo <input type="checkbox"/> Realizar curativo em região: <input type="checkbox"/> Realizar curativo em cateteres: <input type="checkbox"/> Realizar curativo do dreno: <input type="checkbox"/> Realizar curativo de úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Observar e anotar aspecto da FO		10 - Cuidados pré-operatório <input checked="" type="checkbox"/> Retirar próteses e adornos <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de aspersão <input checked="" type="checkbox"/> Fornecer vestimenta adequada ao ato cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar o paciente ao CC com prontuário e exames <input type="checkbox"/> Realizar tricotomia na região:
6 - Conforto respiratório <input type="checkbox"/> Observar e comunicar dispnéia / cianose		11 - Cuidados pós-operatório <input type="checkbox"/> Medir diurese <input type="checkbox"/> Registrar e comunicar presença de sangramento na FO

PROTOCOLO

MOD-109-HGV

ASSINATURA CARIMBO E N°

ASSINATURA CARIMBO ENFERMEIRO(A)

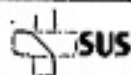
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CLÍNICA DE ORTOPEDIA

NOME: Edson Flávio de Souza PRONTUÁRIO: 102 IDADE: 4 DATA: 24/09/12

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA DE ORTOPEDIA

1-Mobilidade física prejudicada relacionada a:	Evidenciada por:	5-Enfraquecimento muscular relacionado a:	Evidenciado por:	9-Termorregulação inadequada relacionada a:	Evidenciada por:	13-Risco de síndrome de desuso relacionada a:
<input type="checkbox"/> Baixa força e resistência <input type="checkbox"/> Descolamento <input type="checkbox"/> Desuso <input type="checkbox"/> Enfraquecimento muscular <input type="checkbox"/> Enfraquecimento neuromuscular <input type="checkbox"/> Dano perceptivo/cognitivo <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> Restrições físicas ao movimento	<input checked="" type="checkbox"/> Amplitude limitada movimento <input type="checkbox"/> Dificuldade de virar-se <input type="checkbox"/> Mudanças na marcha <input type="checkbox"/> Instabilidade postural <input type="checkbox"/> Dispneia ao esforço <input type="checkbox"/> Ruídos adventícios respiratórios <input type="checkbox"/> Tosse ausente <input type="checkbox"/> Tosse ineficaz <input type="checkbox"/> Vocalização dificultada	<input type="checkbox"/> Nível inadequado de coação <input type="checkbox"/> Suporte social inadequado <input type="checkbox"/> Distúrbio no padrão de sono <input type="checkbox"/> Incapacidade de conservar energias adaptativas	<input type="checkbox"/> Verbalização de incapacidade <input type="checkbox"/> Comportamento destrutivo	<input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Envelhecimento <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Tachicardia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Pele fria <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Flutuação de temperatura	<input type="checkbox"/> Dor intensa <input type="checkbox"/> Imobilização mecânica <input type="checkbox"/> Imobilização prescrita <input type="checkbox"/> Nível de consciência <input type="checkbox"/> Paralisia
2-Desorientação ineficaz das vias aéreas relacionada a:	Evidenciado por:	6-Desesperança relacionada a:	Evidenciado por:	10-Integridade tissular prejudicada relacionada a:	Evidenciado por:	14-Risco de disfunção neurovascular periférica relacionada a:
<input type="checkbox"/> Distúrbio neuromuscular <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Muco excessivo	<input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Deterioração da condição fisiológica <input type="checkbox"/> Estresse prolongado <input type="checkbox"/> Restrição prolongada de atividade <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Perda de fé	<input type="checkbox"/> Verbalização diminuída <input type="checkbox"/> Presença de insatisfações verbais	<input type="checkbox"/> Imobilidade física <input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Pressão sobre proeminências ósseas <input type="checkbox"/> Defeito imunológico <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos	<input type="checkbox"/> Tecido destruído <input type="checkbox"/> Tecido lesado <input type="checkbox"/> Hemorragia urinária <input type="checkbox"/> Distúrbio <input type="checkbox"/> Urgência urinária	<input type="checkbox"/> Cirurgia ortopédica <input type="checkbox"/> Fraturas <input type="checkbox"/> Imobilização <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Obstrução vascular <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Compressão mecânicas (almofada, lençol etc.)
3-Padrão de sono prejudicado relacionado a:	Evidenciado por:	7-Recuperação cirúrgica retardada. Relacionada a:	Evidenciado por:	11-Eliminação urinária prejudicada:	Evidenciado por:	15-Risco de sangramento relacionado a:
<input type="checkbox"/> Imobilização física <input type="checkbox"/> Poluição <input type="checkbox"/> Iluminação <input type="checkbox"/> Interrupções (medicamentos, exame)	<input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir <input type="checkbox"/> Mudança no padrão normal sono <input type="checkbox"/> Relato de ficar acordado <input type="checkbox"/> Insatisfação com o sono <input type="checkbox"/> Queixas verbais de não se sentir tão descansado	<input type="checkbox"/> Infecção pós-operatória <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Relato de dor <input type="checkbox"/> Relato de desconforto <input type="checkbox"/> Percepção mais tempo para recuperação	<input type="checkbox"/> Dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> Intenção do trato urinário <input type="checkbox"/> Múltiplas causas <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica	<input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Distúrbio <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> História de quedas <input type="checkbox"/> Efeitos secundários relacionados ao tratamento
4-Integridade da pele prejudicada:	Evidenciado por:	8-Constipação relacionada a:	Evidenciado por:	12-Dor aguda relacionada a:	Evidenciado por:	16-Risco de infecção relacionada a:
<input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Mudanças na pigmentação da pele <input type="checkbox"/> Rompimento da superfície da pele	<input type="checkbox"/> Ativação de escaras <input type="checkbox"/> Destruição de camadas da pele <input type="checkbox"/> Rompimento da superfície da pele	<input type="checkbox"/> Mudanças de hábitos alimentares <input type="checkbox"/> Mobilidade TGI diminuída <input type="checkbox"/> Ingestão alimentar diminuída <input type="checkbox"/> Imobilização	<input type="checkbox"/> Molestas à percução abdominal <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal <input type="checkbox"/> Flatulência grave	<input type="checkbox"/> Agentes lesivos	<input type="checkbox"/> Relato verbal de dor <input type="checkbox"/> Posição para evitar dor <input type="checkbox"/> Comportamento expressivo (choro, gemido)	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Defesas primárias inadequadas <input type="checkbox"/> Defesas secundárias inadequadas <input type="checkbox"/> Destruição de tecidos

Cont. Com. de Saúde
Enf. M. André de Silva


 Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

2 - CHES

2 7 2 6 9 7 1

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

4 - CHES

2 7 2 6 9 7 1

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edson Filinto de Sousa

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

98/12/1986

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

M^{re} de Jesus Pereira de Sousa

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IDGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Silva Andreia Costa Machado (3x)

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

03 01 3 0 1 3 0 0 4 8

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fisioterapia

(3x)

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

03 01 3 0 1 3 0 0 4 8

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fisioterapia

(3x)

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

03 01 3 0 1 3 0 0 4 8

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Material

(3x)

34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

03 01 3 0 1 3 0 0 4 8

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente em uso de material (3x),
 para realização de fisioterapia e
 material necessário.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

37 - DATA DA SOLICITAÇÃO

38 - DOCUMENTO

39 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

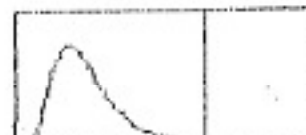
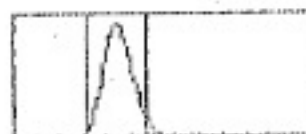
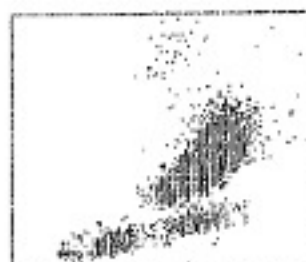
Paciente: EDSON FILINTO
Comentários:

ID Paciente: 4
ID amostra: 00049
Tipo: STANDARD

ID Operador:

Data: 24/09/2012 22:06:40 Seq#: 00057

	Result.	Avisos:	Unid	Limites normais:
WBC	12.2	a	$10^3/\mu l$	4.0 / 12.0
LYN	6.9	B	%	25.0 / 50.0
MON	4.8		%	2.0 / 10.0
NEU	85.1	A	%	50.0 / 90.0
EOS	0.9		%	0.0 / 5.0
BAS	0.8		%	0.0 / 2.0
LYN	1.1		$10^3/\mu l$	1.0 / 5.0
MON	0.6		$10^3/\mu l$	0.1 / 1.0
NEU	10.4	A	$10^3/\mu l$	2.0 / 8.0
EOS	0.1		$10^3/\mu l$	0.0 / 0.4
BAS	0.0		$10^3/\mu l$	0.0 / 0.2
RBC	4.77		$10^6/\mu l$	4.00 / 6.20
HGB	14.3		g/dl	11.0 / 17.0
HCT	42.4		%	35.0 / 55.0
UCN	88.9		$10^3/\mu l$	80.0 / 100.0
HCM	30.0		pg	26.0 / 34.0
CHCM	33.7		g/dl	31.0 / 35.5
RDW	13.0		%	10.0 / 16.0
PLT	332		$10^3/\mu l$	150 / 400
UPH	8.0		$10^3/\mu l$	7.0 / 11.0
PCT	0.293		%	0.200 / 0.500
PDW	14.0		%	10.0 / 18.0



AVISOS: NE
LEUCOCITOSE LINFOPENIA NEUTROFILIA

ARRREGADOS PLQUETARIOS

Comentários:

(EDR)
Serv Tec de Segs Ltoa

13 JUN 2014

PROTOCOLO

[Handwritten signature]

HOSPITAL GERAL VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em: 09/09/2014

Edna de Almeida Silva

Matricula: 019065-9

CN-0,9

GLI-96

TAP 14,8"

JNR- 0,97

TTPA 33,2"

1157

Nome: EDSON FELINTO

Comentários:

ID Paciente: 024 ORTOPEDIR

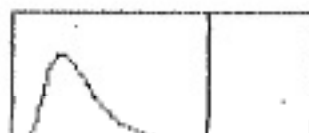
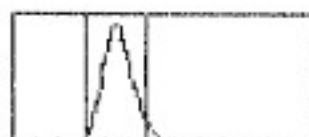
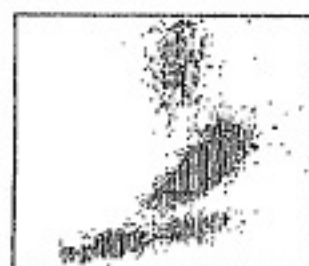
ID amostra: 00010

Tipo: STANDARD

Operator:

Data: 23/09/2012 11:58:32 Seq#: 00020

Result.	Avisos	Unid	Limites normais:
WBC	11.000	$10^9/\mu l$	4.0 / 12.0
LIN%	24 24 b	%	25.0 / 50.0
MON%	02 02	%	2.0 / 10.0
NEU%	64 64	%	50.0 / 80.0
EOS%	0.3	%	0.0 / 5.0
BAS%	0.2	%	0.0 / 2.0
BAST	02		
LINF	2.4	$10^3/\mu l$	1.0 / 5.0
MON	0.6	$10^3/\mu l$	0.1 / 1.0
NEU	2.0	$10^3/\mu l$	2.0 / 8.0
EOS	0.9	$10^3/\mu l$	0.0 / 0.4
BAS	0.0	$10^3/\mu l$	0.0 / 0.2
RBC	5.94	$10^6/\mu l$	4.00 / 6.20
HGB	17.6	g/dl	11.0 / 17.0
HCT	52.9	%	35.0 / 55.0
UCM	89.1	μm^3	80.0 / 100.0
HCM	29.6	pg	26.0 / 34.0
CHCM	33.3	g/dl	31.0 / 35.5
RDW	13.0	%	10.0 / 16.0
PLT	366000	$10^9/\mu l$	150 / 400
UPM	0.5	μm^3	7.0 / 11.0
PCT	0.310	%	0.200 / 0.500
PDW	12.5	%	10.0 / 18.0



AVISOS: N2

LINEOPENIA, EOSINOFILIA

ERITROBLASTOS

AGREGADOS PLAQUETARIOS

Comentários:

Serv Téc de Segs Ltda

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONSENTIMENTO DE ANÁLISE

09/09/2014

Dr. Getúlio Vargasa Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

APRÁZAMÉNTÓ

1 - Higiene corporal	() Realizar / auxiliar: banho no leito - aspersão - cadeira higiênica () Realizar / auxiliar: higiene oral(clorexidina/escova) ocular(SF) () Realizar / auxiliar: higiene íntima e cada troca de fralda () Realizar massagem de conforto e hidratação () Realizar tricotomia () Realizar lavagem do couro cabeludo	() Aspirar vias aéreas / SN () Observar e anotar aspectos da secreção das vias aéreas
2 - Alimentação	(X) Jejum para: <u>WATER</u> em 04/07/12 () Auxiliar, estimular observar e anotar aceitação da alimentação () Estimular ingestão hídrica	(X) Observar, anotar e comunicar (X) Alterações dos sinais vitais () Sinais de hipohiperlipidemia; 60>clicemia capilar<120md/dl () Mudança do nível de orientação () Local de punção venosa (sinais flogísticos) () Edema / hematoma / equimose / tumor / calambres () Náuseas / vômitos (X) Queixas algicas: local / intensidade () Hiperemia em proeminências ósseas e partes moles
3 - Conforto físico	() Manter repouso absoluto / relativo horas () Realizar mudança de decúbito de () Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito () Sentar na poltrona por: () Estimular/auxiliar na deambulação () Manter grades elevadas () Proteger proeminências ósseas com coxins () Realizar e supervisionar medidas de contenção	8 - Cuidados específicos () Fazer rodízio no local da aplicação de insulina () Fazer rodízio no local da glicemia capilar () Comunicar e registrar queixas algicas: local/intensidade
4 - Eliminações	() Anelar frequência e aspecto das evacuações () Oferecer papagaio/aparelheira	9 - Hemodinâmica (X) Verificar e anotar SSVV de <u>616</u> h () SVD () SNG () Equipe de nutrição enteral
5 - Curativo	() Realizar curativo em região: () Realizar curativo em cateteres: () Realizar curativo do dreno: () Realizar curativo de úlcera por pressão: () Observar e anotar aspecto da FO	10 - Cuidados pré-operatório () Retirar próteses e adornos (X) Encaminhar ao banho de aspersão (X) Fornecer vestimenta adequada ao ato cirúrgico (X) Encaminhar o paciente ao CC com prontuário e exames () Realizar tricotomia na região:
6 - Conforto respiratório	() Observar e comunicar dispnéia / cianose	11 - Cuidados pós-operatório () Medir diurese () Registrar e comunicar presença de sangramento na FO

PROTÓCOLO

13 JUN. 2014

PICINHO

Assinatura

MOD-103-HGV

MA 00 2000-01-01
ENCL 1-1-01
COKEN-PI 2000-01-01

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA DE ORTOPEdia

1- Mobilidade física prejudicada relacionada a: () Força e resistência diminuída (x) Desconforto () Desuso () Enfraquecimento muscular () Enfraquecimento neuromuscular () Dano perceptivo/cognitivo () Dor () Ansiedade (x) Restrições restritas ao movimento	Evidenciada por: (x) Amplitude limitada movimento () Dificuldade de virar-se () Mudanças na marcha () Instabilidade postural () Dispnéia ao esforço () Ruídos adventícios respiratórios () Tosse ausente () Tosse ineficaz () Vocalização dificultada	5-Enfraquecimento ineficaz relacionado a: () Nível inadequado de confiança () Suporte social inadequado () Distúrbio no padrão de alívio de tensão () Incapacidade de conservar energias adaptativas	Evidenciada por: () Verbalização de incapacidade () Comportamento destrutivo	9-Termoregulação ineficaz relacionada a: () Trauma () Envelhecimento () Doença	Evidenciada por: () Taquicardia () Taquipnéia () Pele fria () Tremor () Flutuação de temperatura	13-Risco de síndrome desuso relacionado a: () Dor intensa () Imobilização mecânica () Imobilização prescrita () Nível da consciência () Paralisia
2- Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada a: () Distúrbio neuromuscular () Tabagismo () Doença pulmonar obstrutiva crônica () Infecção () Muco excessivo	Evidenciada por: () Agitação () Dispnéia	6-Desesperança relacionada a: () Deterioração da condição fisiológica () Estresse prolongado () Restrição prolongada da atividade () Abandono () Perda de fé	Evidenciada por: () Verbalização diminuída () Passividade () Indicações verbais	10-Integridade tissular prejudicada relacionada a: () Imobilidade física () Nutrição desequilibrada () Pressão sobre promíndices ósseas () Déficit imunológico () Circulação prejudicada () Fatores mecânicos	Evidenciada por: () Tecido destruído () Tecido lesado () Hestitação urinária () Disúria () Urgência urinária	14-Risco de distúrbio neuromuscular periférico relacionado a: (x) Cirurgia ortopédica () Fraturas () Imobilização () Trauma () Obstrução vascular () Queimaduras () Compressão mecânica (aladura, torniquete etc.)
3- Padrão de sono prejudicada relacionada a: () Ruído () Iluminação () Interrupções (medicamentos, exame)	Evidenciada por: () Dificuldade para dormir () Mudança no padrão normal sono () Relato de ficar acordado () Insatisfação com o sono () Queixas verbais de não se sentir tão descansado	7-Recuperação cirúrgica retardada. Relacionada a: () Infecção pós-operatória () Dor	Evidenciada por: () Relato de dor () Relato de desconforto () Percepção mais tempo de recuperação	11-Eliminação urinária prejudicada: () Dano sensorio-motor () Infecção do trato urinário () Múltiplas causas () Obstrução anatômica	Evidenciada por: () Retenção urinária () Disúria () Polúria () Incontinência	15-Risco de sangramento relacionado a: () Trauma () História de quedas () Efeitos secundários relacionados ao tratamento
4- Integridade da pele prejudicada: (x) Falhas mecânicas () Circulação prejudicada () Mudanças na pigmentação () Má nutrição	Evidenciada por: () Invasão de estruturas () Destruição de camadas da pele (x) Rompimento da superfície pele	8-Contusão relacionada a: () Mudanças de padrões alimentares () Mobilidade TGI diminuída () Ingestão líquida diminuída () Imobilização	Evidenciada por: () Mordidas à percussão () Dor abdominal () distensão abdominal () Flatulência grave	12-Dor aguda relacionada a: () Agentes lesivos	Evidenciada por: () relato verbal de dor () Posição para evitar dor () Comportamento expressivo (choro, gemido)	16-Risco de infecção relacionada a: (x) Procedimentos invasivos () Trauma () Defesas primárias inadequadas () Defesas secundárias inadequadas () Restrição dos tecidos

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Edson Ribeiro de Sousa		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	Ortopédica	ENFERMAGEM	LEITURAS	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES			
26/9/2012	1 DIETATIRE						
	2 SF 0,9% 1000 ML, EV 14 GOTAS/MIN						
	3 RANITIDINA 50 MG 2 ML + 18 ML AD EV 12/12H						
	4 CEFALOTINA 1 G/10 ML AD EV 6/6H D3						
	5 HEPARINA 5000 0.25 ML SC 12/12 H						
	6 DAPIRONA 1 G 2 ML + 8 ML AD EV 6/6H						
	7 DICLOFENACO 50 MG - 1 CP VO 8/8 S/N						
	8 TRAMADOL 100 MG + 100 ML SF 0,9% EV 8/8H S/N						
	9 PLASIL 10 MG 2 ML + 8 ML AD EV 8/8H S/N						
	10 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E MOTORA						
	11 TROCA DIÁRIA DE CURATIVO						
	12 CCGG + SSVV						
	13 ALTA HOSPITALAR						

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERIDO COM O PRELIMINAR
Em 09/09/2014
Edson Ribeiro de Sousa

Matrícula: 019055-9
CNPJ: 075.080.303-97

Luiz Manoel de
Oliveira
MÉDICO

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

End. Resid.: RUA FERROVIÁRIA N 8471 - TODOS OS SANTOS

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64080-530

Sexo:
MasculinoNascimento:
28/12/1986Idade:
25a:8m:25dEstado Civil:
Solteiro(a)Profissão:
ESTUDANTE

Sintomas e sinais principais:

Pseudo cefaléia - bop oros

Diagnóstico Definitivo:

bop oros

CID Princ.

--	--	--	--

CID Secund.

--	--	--	--

Procedimento Realizado:

Hemorragia

Cod. Procedimento:

Internação

Alta

Permanência

Data
23/09/2012Hora
16:55Data
26/09/12

Hora

3 dias

ALTA

- ☐ 1.1 Curado
☒ 1.2 Melhorado
☐ 1.3 Da Puerpura e permanência do recém-nascido
☐ 1.4 Pedido
☐ 1.5 Com previsão de retorno p/ acompanhamento do paciente
☐ 1.6 Por Evasão
☐ 1.7 Da Puerpura e Recém-Nascido
☐ 1.8 Por Outros Motivos

PERMANÊNCIA

- ☐ 2.1 Características próprias da doença
☐ 2.2 Intercorrência
☐ 2.3 Impossib. Sôcio-Familiar
☐ 2.4 Processão Doação Órgão-Doador Vivo
☐ 2.5 Processão Doação Órgão-Doador Morto
☐ 2.6 Por Mudança de Procedimento
☐ 2.7 Por Recuperação
☐ 2.8 Por Outros Motivos

TRANSFERÊNCIA

- ☐ 3.1 Para Outro Estabelecimento

ÓBITO

- ☐ 4.1 Com declaração de óbito fornecida pelo Médico Assistente
☐ 4.2 Com declaração de óbito fornecida pelo I.M.L.
☐ 4.3 Com declaração de óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Outro

- ☐ 5.1 Encerramento Administrativo

Próxima AIH:

(EDR)
Serv Téc de Segs Ligo

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

Ass. Médico Assistente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em 09/09/2014

Edna Maria Andrade Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

CÓPIA DE PROTOCOLOS

copil

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Ao Sr(a). **EDSON FILINTO DE SOUSA**

ATESTADO

ATESTO QUE O SE EDISON FILINTO
DE SOUSA SOFREU FRATURA PÉRNA
ESQ COPM PERDA OSSEA ONDE FOI
SUBMETIDO A A LONGAMENTO OSSEO
COM FIXADOR CIRCULAR APRESENTA
COINSOLIDAÇÃO POLREM SEQUELA
DEFINITIVA DE PERDA DE 75% DA FUN-
ÇÃO DA PERNA ESQ.

Dr. Alvisio Ferraz Arcovede
CRM-PI 2463

Dr. Osvaldo Moura Campos
CRM-PI 1357

Dr. Jorge Henrique T. Cury
CRM-PI 1388

Dr. João Silvaney Barros
CRM-PI 1349

Dr. Yuri Jivago Félix
CRM-PI 2308

Dr. José Renato B. Gomes
CRM-PI 2083

Dr. Durval Tércio Nunes Leal
CRM-PI 1995

Dr. Themistocles Ramos
Neto
CRM-PI 2798

M841

Teresina 10 de Março de 2014

Dr. Themistocles Ramos
CRM - 2798 - TEOT - 837A
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Dr. Themistocles Ramos Neto
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PI 2798

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692/S
Fone: (86) 3222-4488 - Fone/Fax: (86) 3222-4773
CEP 64.001-390 - Teresina - Piauí

copil Clínica Ortopédica do Piauí Ltda

CNPJ 12.317.665/0002-93

Rua Raimundo Portela, 1220 - Bairro de Fátima
Fone: (86) 3233-3492 - Fone/Fax: (86) 3232-2300
CEP 64.049-310 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

(EDR)
Serv Téc de Segs Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

copil

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4488

Fone: (86) 3222-4773 - Fone do Jockey 3232-2300

CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

RECIBO R\$

~~800,00~~

Recebemos de

Edson Filinto de Sousa

a importância de

~~800,00~~ ~~800,00~~

Correspondente a

Rx perna esquerda

Teresina (PI)

29 de outubro de 2013

Kardinal Gomes Pinheiro

copil

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4488

Fone: (86) 3222-4773 - Fone do Jockey 3232-2300

CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

RECIBO R\$

~~800,00~~

Recebemos de

Edson Filinto de Sousa

a importância de

~~800,00~~ ~~800,00~~

Correspondente a

Rx perna esquerda

SERV. TEC. DE SIG. LTDA

13 JUN 2014

PROTOCOLO

Teresina (PI)

30 de Julho de 2013

[Signature]

Evolução 2013

copilClínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Reumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4773
Fone: (86) 3222-4486 - CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

CNPJ 12.317.665/0002-93

Rua Raimundo Portela, 1220 - Bairro de Fátima - Fone: (86) 3233-3492
Fone/Fax: (86) 3232-2300 - CEP 64.049-310 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

RECIBO R\$

~~100,00~~Recebemos de Gilson Filinto de Souza

a importância de

R\$ 100,00Quinhentos e nada

Correspondente a

Rx perna esquerda

Teresina (PI),

10

de

marçode 2014Kardinal Gomes Pinheiro(EDR)
Serv Téc de Sogs Ltda

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

copilClínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4773

Fone: (86) 3222-4488 - CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

CNPJ 12.317.665/0002-93

Rua Raimundo Portela, 1220 - Bairro de Fátima - Fone: (86) 3233-3492

Fone/Fax: (86) 3232-2300 - CEP 64.049-310 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

046794

RECIBO R\$

Recebemos de Gabson Firlinto de Sousaa importância de ~~R\$ 200,00~~ CompartilhadoCorrespondente a RX perna esquerdaTeresina (PI) 20 de dezembro de 2013Karoline Gomes Pinheiro**copil**Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692 / S - Fone/Fax: (86) 3222-4773

Fone: (86) 3222-4488 - CEP 64001-390 - Teresina - Piauí

CNPJ 12.317.665/0002-93

Rua Raimundo Portela, 1220 - Bairro de Fátima - Fone: (86) 3233-3492

Fone/Fax: (86) 3232-2300 - CEP 64.049-310 - Teresina - Piauí

E-mail: ortopediacopil@yahoo.com.br

RECIBO R\$

Recebemos de Gabson Firlinto de Sousaa importância de ~~R\$ 200,00~~ CompartilhadoCorrespondente a RX perna esquerda

SERV. TEC. DE SEGS. LTDA.

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494
Requisição: 216835 Solicitação: 11/04/2012
Controle: 277931 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 11/04/2012

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura alinhada na diáfise da ulna fixada por placa e parafusos metálicos.
- Edema de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

15/06/12
Recibo Busto
13 JUN 2014



**LAUDO MÉDICO :**

paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494
equipe: 213046 Solicitação: 25/03/2012
controle: 273147 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

od. SIA: 0204040019

Data Exame: 25/03/2012

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura desalinhada na diafise da ulna.
- Edema de partes moles.

LANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

TERESINA, 15/06/12
Carla Brito
Coord. de Radiologia
Rua Dr. Otto Tito 1820
Redenção - Teresina - PI
CEP: 64000-010
Fone: 3229 4872





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 214142
Requisição: 206086 Solicitação: 26/02/2012
Controle: 264329 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 26/02/2012

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura desalinhada na diáfise da ulna.
- Edema de partes moles.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

CONFERE COM O ORIGINAL
Teresina, PI 15 LOC 42

Carla Baita



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)

Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 52494

Aquisição: 206455 Solicitação: 28/02/2012

Controle: 264784 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

RELATÓRIO:

Id. SIA: 0204060168

Data Exame: 28/02/2012

PERNA ESQUERDA (2 INCID.)

O estudo radiológico da perna foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada na diafise dos ossos da perna com perda de substância osso da tíbia.
- Presença de fixador externo.
- Edema de partes moles.

(ANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

TERESINA, PI 15 06 12
Pecilia Pinto





LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 214142
Requisição: 206086 Solicitação: 26/02/2012
Controle: 264327 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168 Data Exame: 26/02/2012

PERNA ESQUERDA (2 INCID.)

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

- Fratura cominutiva na diafise dos ossos da perna.
- Edema de partes moles.

RANDI SILVA

TERESINA - PI 08/05/2012

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

10/05/2012
TERESINA, PI 15/06/12
Pecilia Brito
Assistente Social
HUT - Redenção

(EDR)
Serv Téc de Segs Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)
Endereço: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/12/1966 Idade: 25a:4m:18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 214142
Requisição: 206086 Solicitação: 26/02/2012
Controle: 264328 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 26/02/2012

COXA ESQUERDA

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

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

EXAME DE COXA ESQUERDA
TERESINA, PI 15/06/12
Cecilia Brito
RUA...
Nº...
CEP:...



CAIXA

MAIO/2007

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Devo ser apresentado junto com um documento de identidade.

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

040.941.143-43

EDSON FILINTO DE SOUSA

28/12/1986



(EDR)
Rec de Segs

13 JUN. 2014

ROTOCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Assinatura do titular

Edson Filinto de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2004

REGISTRO GERAL 5001108-1

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

Parentesco: FILINTO DE SOUSA

Nome de: JESUS PEREIRA DE SOUSA

Naturalidade: TERESINA - PI

CPF: 000.000.000-00

RG: 137043 FILINTO DE SOUSA

Nome: TERESINA - PI

Assinatura: Edson Filinto de Sousa

Assinatura: Edson Filinto de Sousa

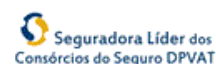
Assinatura: Edson Filinto de Sousa

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

DATA DE NASCIMENTO 28/12/1986

(EDR)
Serv Tec de Segs Ltda
13 JUN. 2014
PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014503744**Cidade:** Teresina**Natureza:** Invalidez**Vítima:** EDSON FILINTO
DE SOUSA**Data do acidente:** 26/02/2012**Emissor do parecer:** Carolina Maia
Santos de Oliveira**Seguradora:** Tokio Marine
Seguradora S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE
MEDICINA ESPEC.EM
SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

PARECER

Data da análise: 10/07/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA MIE + MSE**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL MIE + MSE**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** DANO LEVE MIE + MSE**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ARNALDO KACELNIK**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	25

Valor avaliado: 4.725,00

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/07/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON FILINTO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000024083-0

Nr. da Autenticação A43EE0D7ECE4C536