



---

**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](http://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](http://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 inicio 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,



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2014

Carta n°: 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:

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

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](http://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 Invalidade Permanente Vítima passageiro do veículo DAMS -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 (OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
av. Ferroviária 8100 Santos	8474	( )

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	Invalidade
<b>ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTE AVISO.</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>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 chassis), que transportava ou atropelou a vítima.</li> <li>Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório no caso de vítima ou beneficiário proprietário).</li> <li>Procuração extraída em Cartório específico para recebimento de Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com <b>firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira</b>.</li> <li>Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador.</li> <li>Fotocópia do R.G. e C.P.F. da vítima.</li> <li>Fotocópia do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário.</li> <li>Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade.</li> <li>Cópia do comprovante de residência do receptor.</li> </ul>			

## 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: Cônjugue	<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.
Beneficiário(a): Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 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 patrio poder sobre o menor.
País:	<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	<input type="checkbox"/> Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Pede-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

Assinatura do reclamante: Edson Filinto de Sousa  
 Serv Téc de Segs LT

13 JUN. 2011

PROTÓCOLO



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 SouzaPORTADOR(A) DO RG Nº 5001408-1EXPEDIDO POR SSP-P1EM 22/02/04

CPF 040941453-43 / CNPJ 00000000000000000000, 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 SEGUR-  
 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](http://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 \_\_\_\_\_ AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGENCIA 3389 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

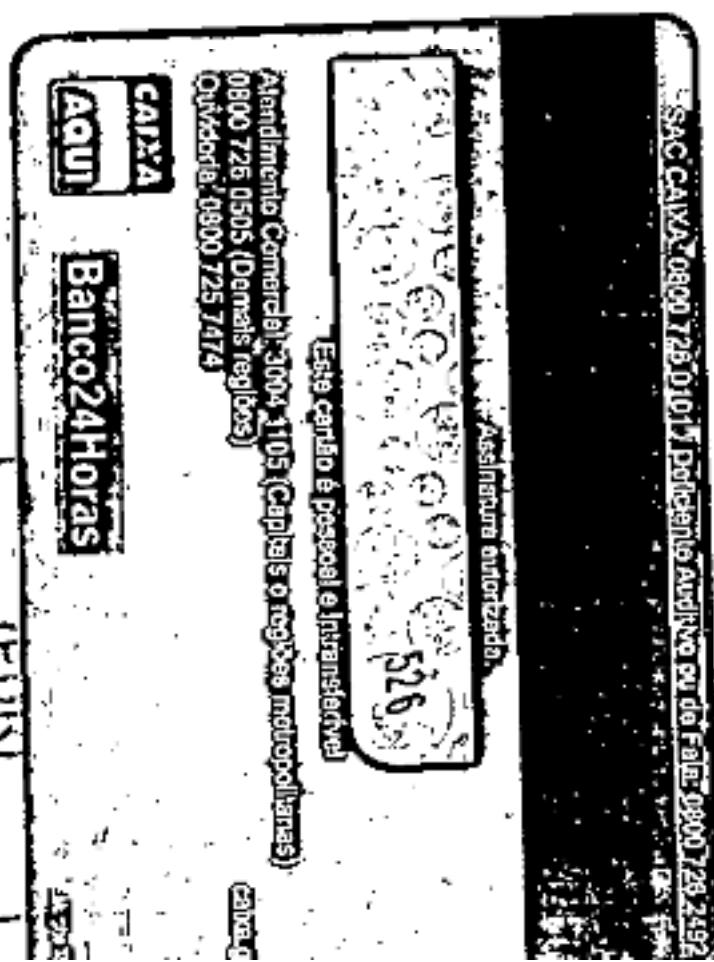
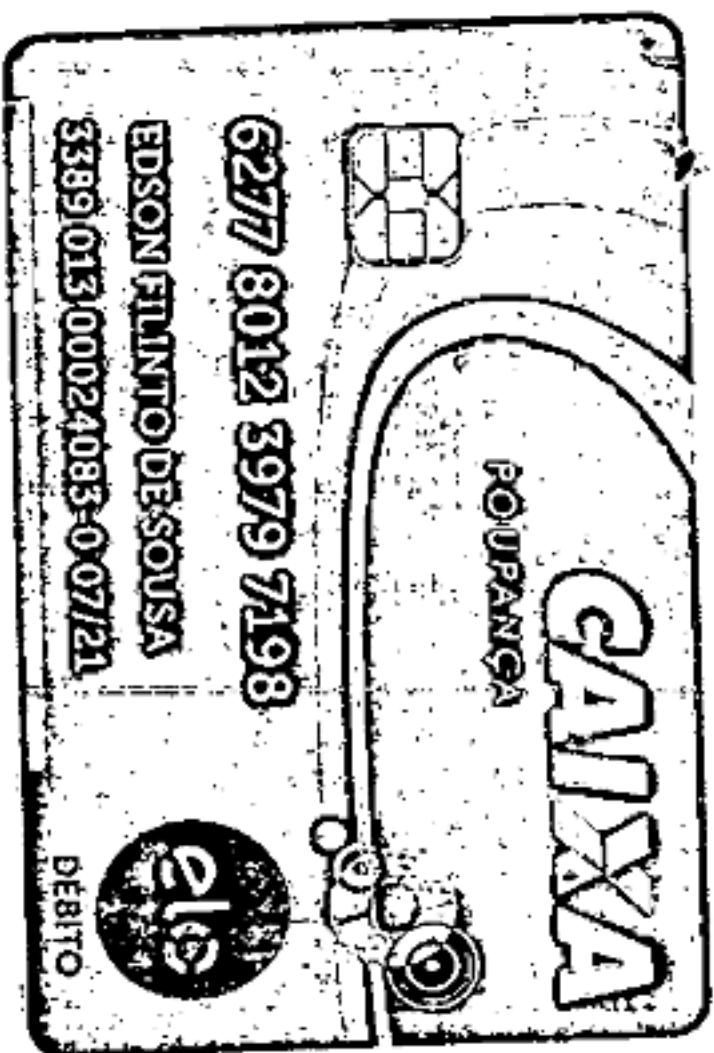
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Edson Filinto de Souza

! 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](http://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 TRÂNSITO

Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Delegado: LUCCY KEIKO LEAL PÁRAIBA

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

Bairro

Município

Todos os Santos

TERESINA

Endereço

ESTRADA DA USINA SANTANA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

CLUBE DA CEPISA

Nome: OZAEI MACHADO CÁRDOSO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1297162 PI

Endereço: RUA FERROVIARIA, Nº 8471

Bairro: Todos os Santos

Cidade: TERESINA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

"1004026"



Natureza(s) da Ocorrência

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

O INFORMANTE RELATÁ QUE A VITIMA CONDÚZIA A MOTO HONDA/NXR150 BROS KS, PLACA NIV-0532-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 321852184, PROP. DE ANTONÍO CARLOS DA CONCEIÇÃO, TRAFEGAVA PELA ESTRADA CITADA, SENTIDO USINA SANTANA/DIRCEU, QUANDO O VW/SANTANA, PLACA LWL-0483-PI, QUE TRAFEGAVA 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

Ozael Machado Cardoso  
OZAEI MACHADO CÁRDOSO - Noticiante  
Responsável pela Informação

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"  
5º Ofício de Notas  
Rua Barroso, 91/Sul - Centro  
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo  
Tabelião Públco  
Tabel. 121-130

LUCCY KEIKO LEAL PÁRAIBA

Delegado de Polícia

CARTÓRIO  
DJALMA VELOSO  
5º Ofício de Notas

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS  
CARTÓRIO DJALMA VELOSO  
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - nome  
Rua Barroso, 91/Sul - Centro - Telef. (86) 3221-6615



co que a presente cópia fotostática está em harmonia com a original que confere a de que me reporta o de 13 JUNHO de 2014, em 00 horas, em 00 minutos, 00 segundos  
Em testamento \_\_\_\_\_  
Teresina, \_\_\_\_\_  
Tabelião Públco do 5º Ofício de Notas

Eu, Edson Filinto de Souza, portador da carteira de identidade nº 5001108-1 e inscrito no CPF/MF sob o nº 040.941.143-43, residente e domiciliado na Av. Ferroviária nº 8471 Bairro Taboas dos 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
- 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 pericia médica às custas da Seguradora Lider 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 pericia 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

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 RESIDÊNCIA

\*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>PI</u>
CEP	<u>64088-530</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3235 5922 (86) 4153-3182</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:

Edson Filinto de Souza





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 Souza

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 PSQUIÁTRICA  
 04  ENVENENAMENTO  
 05  AFOGAMENTO  
 06  QUEIMADURAS  
 07  CHOQUE ELÉTRICO

(COLISÃO)  
 (ANALOG)  
 (MOTO)

- 08  QUEDA  
 09  MAL SÚBITO  
 10  URGÊNCIA OBSTETRICA  
 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

SpO<sub>2</sub> - 98%

PULSO RADIAL:

FORTE   
 FRACO   
 AUSENTE

SANGRAMENTO:

AUSENTE   
 MÍNIMO   
 MODERADO   
 INTENSO

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL  
 PULSO  
 RESPIRAÇÃO

88/60 mmHg

OBSERVAÇÕES

PCTG - Vítima de COLISÃO (ANALOG) e moto  
 CI ENTROU ESTADO NÓRME PELA PRÓXIMA L  
 INTERNAÇÃO SEM GOS PELAS, CONSCIENTE E ESTAB

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ASPIRAÇÃO  
 OXIGÉNIO  
 REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR  
 CURATIVOS  
 IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- PRANCHA LONGA  
 PRANCHA CURTA  
 KED  
 COLAR CERVICAL  
 ASSIST. OBSTÉTRICA

OUTROS

11/02/12  
 100gut SL  
 23/02/12

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- MELHORADO  
 PIORADO  
 INALTERADO

Dr. Raimundo Viana Neto  
 MEDICO  
 ORTÓSTATICO - DIAFRAGM

HOSPITAL DE DESTINO: HUT

- ÓBITO:  
 ANTES DO SOCORRO  
 ANTES DO TRANSPORTE  
 NO TRANSPORTE

(EDR)  
 Serv Téc de Segs Ltda

13 JUN. 2014  
 PROTOCOLO

SOCORRISTA

Suelane  
 Lime  
 Pedro  
 Daniel.



NOME DO PACIENTE: Edson Felinto de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 182749



**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:

Data: 26/02/2012 22:59:43  
(SERGIO ROCHA)

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA		Prontuário: 182749
Mãe:	MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA	Pai: ANTONIO FILINTO DE SOUSA
End. Resid.:	RUA FERROVIARIA N°5471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento:	28/12/1986	Idade: 25a:2m:6d
Responsável:	ANTONIO JOSE FILINDO DE SOUSA	
Profissão:	AUTONOMO	
G. Instrução:	Não informado	
End. Local.:	- - -	
Sexo: Masculino Fone: - - - CNS: Documento: Reg.Nasc: não informado E.Civil: Solteiro(a)		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 214142	Data: 26/02/2012 22:59:42	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR	
Acid. Trab.:	Não	Caso Policial: Não
Pl. Saúde:	Não	Trama: Não
Convênios U S		
Maus Tratos: Não		

## DADOS CLÍNICOS:

Vítima Acidente envolvendo  
com Fratura exposta a  
perna e ombro bicepe  
liberado p/observação

PA: <input checked="" type="checkbox"/>	RR: <input type="checkbox"/>	Pulse: <input type="checkbox"/>	FC: <input type="checkbox"/>	Temp.: <input type="checkbox"/>
Diagnóstico Inicial:		Data: 26/02/2012 CID: 87		

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1. Díret a Zer
2. Díngua - 1500 ml eva
3. Rx perna, ombro e ante braço
4. SV D

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão		
<input type="checkbox"/> A Pedido			

DATA SAÍDA: / / HORA: :

 Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Ortodoxo: pros liberais  
do clero sozinho modificações  
ortodoxas: prof. expectativa  
antiburogo + juntar esp.  
ciclos em MTE. Sol. a L.  
carlos chagas + orador.  
do chrysostomus eulogos



### # literatura vascular

Pr. Politecnicamento d/  
fotura exposta em  
fibras fibula

fibras. Dávem vo Sab C. nels

As 1<sup>as</sup> annos d/  
pribi d'asias, Pern

l'asas d'asas d'asas

CD: - expectante.





## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: EDOSON FILINTO DE SOUSA

End. Resid. : RUA FERROVIARIA N°5471 - TODOS OS SANTOS

Cidade: TERESINA - PI

CEB: 64000-010

<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 28/12/1986	<b>Idade:</b> 25a:2m:7d	<b>Estado Civil:</b> Solteiro(a)	<b>Profissão:</b> AUTONOMO
<b>Admissão:</b> 26/02/2012	<b>C. Instrução:</b> Não informado	<b>Fone:</b> - -	<b>Cartão SUS (CNS):</b>	<b>Procedência:</b> TERESINA

Responsável: ANTONIO JOSE FILINHO DE SOUSA

End. Responsável: RUA FERROVIÁRIA Nº5471 - TODOS OS SANTOS  
TERESINA - PI

### Documentos:

Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):  
ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR

## INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação	Alta	Clínica:
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: F-00.9 ~~andrea~~ SBZ-2 -1 F-00.9 ~~antibiotic~~

**Tratamento Realizado:**

Realizado: SME como + me antibiotic + fijado fibra

(EDR)  
Serv Téc de Segs Ltda

#### Exames Realizados:

W

13 JUN. 2014

PROTOCOLO

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

J. M. HARRIS

## Data

#### Assinatura e Carimbo do Médico

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)  
Endereço: RUA FERROVIÁRIA N°5471 - 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: SUS

### 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 hepatocoléodo: integros.
- 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.
- Retropéritônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares integros. 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

26/02/2012  
Teresina, PI  
Ronaldo Sá Filho



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

## Fundação Municipal de Saúde

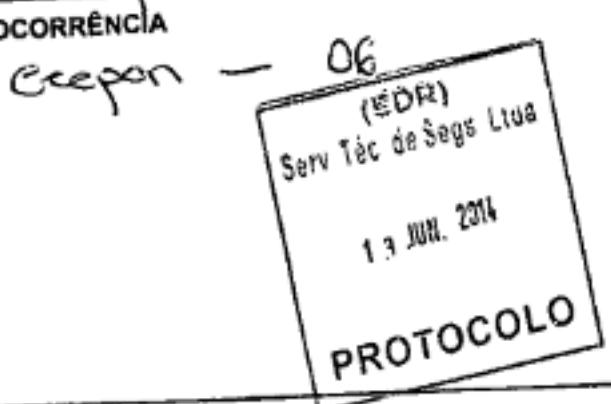
### BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/02/17

NOME DO PACIENTE:	<u>Edson Filho, de Jânior</u>	RRONTUÁRIO N°: <u>132749</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fistula exóstos entero-rectal</u>	CIRURGIA: <u>ME (LNC: 1x fibia)</u>
ANESTESIA:	<u>Geral</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGÃO:	DR. <u>Henrique C. S. Oliveira</u> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3011	CPF N°:
AUXILIAR:	<u>—</u>	CPF N°:
ANESTESIA:	<u>Dr. Laurindo</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	<u>Hadaleno</u>	CPF N°:

### MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>04</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7,5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>8,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>—</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>200</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>—</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>08</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE N°	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>02</u>	
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>30</u>	
GASES	PAC.	<u>10</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>—</u>	
JELCO N°	UNID.	<u>—</u>		<u>Secao peritoneal</u>	UNID.	<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	02	<u>01</u>		Ecopen — 06			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	02	<u>12</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Raimunda Fontenelle</u>		
PROLENE							





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Edson Filinto de Souza

Diagnóstico pré-operatório

Politranus

Operação - Tipo

LHC cava ap, LHC autócrata ap<sup>1</sup> Fixa fibro<sup>2</sup> pele

Cirurgião

Flávio José S. Souza

1º Assistente

2º Assistente

EMERSON

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29/02/12

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista



Acidente Durante a Operação

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

Abertura prof. DDA, orégao, autócrata, ~~subfascial~~  
corpo. Abdômen de cava fibroso cr. SF. 0,8  
em abundância + nivo, fibrilas de perno,  
higras e SF. 0,9, nívus de retina + fibras  
externas + nívus, orégao, corpo.  
Abdômen em atrofia + nívus + cavitacion  
sob o antropómero LHC x LHC pele



NOME DO PACIENTE: <i>Edson Lino de Souza</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>02/07</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLUCEMIA	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 <i>Adm. T1</i>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO ÀS		EFEITOS <i>de fadiga</i>		
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO				<i>S. fisi. 2000g</i>		
	1				<i>propofol 4g</i>		
	2				<i>foranid. 0.02</i>		
	3				<i>trac. 0.2</i>		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500				<i>Armonos</i>		
	400				<i>perox. 0.3</i>		
	SANGUE 300						
	200						
	OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C°	260					
		240					
		2					
P. ARTERIAL V		200					
O		180					
PULSO		160					
		1					
		140					
		120					
		100					
		80					
		60					
		40					
		20					
		10					
SEQUÊNCIA							
SÍMBOLOS			1				
			2				
			3	OXI	-		
			4				
			5	V			
			6				
			7				
			8	Int	V		
			9				
			10				
			11	Int	J		
			12				
			13	R			
			14				
			15				
DURAÇÃO							
TÉCNICAS	<i>gordas</i>					INCIDENTE - ACIDENTE <i>je</i>	
OPERACOES	<i>TRB + laringe Cirurgia</i>					<i>je</i>	
CIRURGIOS	<i>RAVS -</i>					<i>je</i>	
ANESTESISTAS	<i>Luxo</i>						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							



odopédico

 <b>Gabinete</b> DIPAS- GERÊNCIA DE ENFERMAGEM HOSPITAL: <b>EFM:</b> <b>LEITO:</b>	<b>ORIGEM:</b> <input type="checkbox"/> HALL <b>POSTO:</b> _____ <b>CLÍNICA:</b> _____ <b>EMERGÊNCIA:</b> _____	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>			<b>SEXO</b> 1-M/2-F
		<b>DIA</b>	<b>MÊS</b>	<b>ANO</b>	
<b>NAME:</b> <i>Eduardo Filinto de Souza</i>					

<b>PÓS-OPERATÓRIO</b>										
<b>DATA:</b> <i>27.02.12</i>		<b>HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A:</b> <i>4:12</i>								
<b>CIRURGIA REALIZADA:</b> <i>Linc. bico</i>		<b>TIPO ANESTESIA:</b> <i>general</i>								
<i>pele, pé S.V.R</i>		<b>HORÁRIO</b>								
		<b>ADMISSÃO</b>	<b>15'</b>	<b>30'</b>	<b>45'</b>	<b>60'</b>	<b>1:30h</b>	<b>2h</b>	<b>2:30h</b>	<b>3h</b>
<b>P. ARTERIAL</b>	<i>117/89 mmHg</i>									
<b>F. CARDIÁCA</b>	<i>136 bpm</i>									
<b>F. RESPIRATÓRIA</b>										
<b>TEMPERATURA</b>										
<b>OXIMETRIA</b>	<i>95%</i>									
<b>NOME/ MATRÍCULA</b>										

**2- EXAME FÍSICO**

<b>ÍNDICE DE AVALIAÇÃO</b> <b>- REGULAR - RUIM</b>	<b>BOM</b>	<b>ADMISSÃO</b>	<b>30'</b>	<b>60'</b>	<b>2h</b>	<b>3h</b>	<b>3h</b>	<b>SAÍDA</b>
<b>CONSCIÊNCIA</b>								
BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDIENCE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDIENCE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)								
<b>ATIVIDADE MOTORA</b>								
BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL								
<b>RESPIRAÇÃO</b>								
BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA								
<b>PELE</b>								
BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE								
<b>PERFUSÃO</b>								
BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO								
<b>ASPECTO CURATIVO</b>								
BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE								
<b>NOME/ MATRÍCULA:</b> <i>Eduardo Filinto de Souza</i>								

*(ECR)  
Serv Téc de Sess 1100  
13 MAR. 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 no RPA no PGI de HMC de  
paciente, autotrauma, rel. sob anestesia general  
med. bixa, int. O<sub>2</sub>, aux. seroso em 400 ml.

José Antônio de Moraes

Enfermeiro

CREF-PI 11.354

### 5- ENCAMINHAMENTO

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

NOME/ MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO  
TRANSPORTE:





## 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: 208455 Solicitação: 28/02/2012  
Controle: 264785 Convênio: SUS 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.
- Pediculos, lâminas e articulações interapofisárias sem alterações.

CONSLUSÃO: Exame normal.

TERESINA - PI 08/05/2012

(GRANDI SILVA)

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

2012/05/15  
Teresina, PI  
Felicie Rito





## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)  
Endereço: RUA FERROVIARIA 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 Solicitud: 28/02/2012  
Controle: 264783 Convênio: SUS 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

2012-02-28 10:00:00  
Teresina, PI 15/06/12  
Lucilia Brito





UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
GÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA





## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

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

## Fundação Municipal de Saúde

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 16/10/16

NOME DO PACIENTE:	Edson Felisberto de Souza	PRONTUÁRIO Nº: 182749
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:		Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO:		CPF Nº:
AUXILIAR:		CPF Nº:
ANESTESIA:	Dra C. Augusto	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	Técnica Lira	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	01
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº	75	PAR	02
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº	8	PAR	02
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	11
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE		ML	250
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA		ML	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC		UNID.	12
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC		UNID.	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC		UNID.	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC		UNID.	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	02
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO Nº	UNID.	01		AtlaCeph		~	03
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           (EDR)            Serv Téc de Segs Litoa            13 JUN. 2014  <b>PROTOCOLO</b> </div>		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		2002					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							
				ENFERMARIA: CIRCULANTE: Paula			

NOME DO PACIENTE: <b>EDSON FELIPE DE SOUSA</b>					Nº DE REGISTRO			
DATA 10/04/2012	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO						
ESTADO MENTAL		CORTICOIDES			ATARAXICOS	OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		FISIOLOGIA			ESTADO MENTAL			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO ÀS			EFEITOS			
							TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO						Infus 1000 ml	
1							Xylo 21. CN-01	
2							Infat 0,5% 0,05	
3							AD-04	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500						CFalou-02	
	400						SEQUÊNCIA	
	SANGUE 300						1	
	200						2	
	OUTROS 100						3	
TEMPERATURA T	C°	260						4
		240						5
		2						6
P. ARTERIAL V O		200						7
PULSO		180						8
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		160						9
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		140						10
RESPIRAÇÃO O		120						11
		100						12
		80						13
		60						14
		40						15
SÍMBOLOS		20						DURAÇÃO 1h 30m
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERACÕES								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
COOPANEST							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS	
CNPJ - 01.403.415/0001-61							TEC de Sogs 1/03	
ANESTESISTAS:							SPN 2 tec de Sogs 1/03	
PARTICULARIDADES							13 JUN. 2012	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Edson Filinto de Souza

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de ossifícios e

Operação - Tipo

Osteomíctese de ossifícios e

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Dr. Gláucio Tugonate Nascimento

CRM-PI 2775

Instrumentador(a) ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA

CRM-PI 2775

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O membro

Relatório Imediato do Patologista

Nenhum

Acidente Durante a Operação

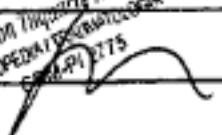
Nenhum

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal com mesa
- ② Anestesia geral NGE
- ③ Aproximação do campo operatório
- ④ Incisão ossifícios Epi
- ⑤ Reduzão e fixação da fratura de ulna com placa e parafusos
- ⑥ Sutura + curativo

Dr. Gláucio Tugonate Nascimento  
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PI 2775



# Atropedia

 DIPAS-GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  HOSPITAL: <b>930</b> ENFERMEIRO: <b>387</b>	ORIGEM: <input checked="" type="checkbox"/> HALL POSTO: CLÍNICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEAO 1-M12-5
	DIA	MÊS	ANO		

NOME: **Edson Glinto**

## POSS-OPERATÓRIO

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

CIRURGIA REALIZADA: **Ext. auterap.º** ANESTESIA: **Gloqueio**

### HORÁRIO

S.V.R	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	11:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	(S8x105									
P. CARDIACA	72bpm									
P. RESPIRATORIA	/									
TEMPERATURA	/									
SATIMETRIA	100%									
NOME/ MATRÍCULA	Glinto									

## 2- EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO - REGULAR - RUIM	BOM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
<b>CONSCIÊNCIA</b>								
BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDIENCE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDIENCE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
<b>ATIVIDADE MOTORA</b>								
BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS NÃO DORIA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
<b>RESPIRAÇÃO</b>								
BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA REGULAR: TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITIMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
<b>PELE</b>								
BOM: ROSADA/ AQUESCIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CANÔTICO/ PEGA/ FSA AO TOQUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
<b>PERFUSÃO</b>								
RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
<b>ASPECTO CURATIVO</b>								
BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
NOME/ MATRÍCULA:								

  
 13 JUN. 2014  
**PROTÓCOLO**

### 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

15:30 Admitido na SRPA no rol de trat. em trat. ambulatório, 2º dia de queijo branco, consciente orientado, eufônico, seu queijo.

Lia Br.  
ENT. 12/01/1998  
COR. 12/01/1998  
JF. 12/01/1998

### 5- ENCAMINHAMENTO

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

Observação:

Ostomia, que à eufônico

NOME/ MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO

TRANSPORTE:

Regis



HOSPITAL HUT

ORIGEM: <input checked="" type="checkbox"/> HALL	DATA DE NASCIMENTO		
POSTO:	DIA	MÊS	ANO
CLÍNICA: <u>Ortop</u>	28	02	86
EMERGÊNCIA: _____	SEXO M/F		
NOME: <u>Edson Felinto de Souza</u>			

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

ATA: 10.04.12 HORÁRIO DE ADMISSÃO/ OC:

CIRURGIA PORPOSTA: otomínter de pat. de unha

URGÊNCIA PROGRAMADA  URGÊNCIA  EMERGÊNCIA

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

PRÓTESE:  NÃO  SIM PROVIDÊNCIAS:

Nº DA SALA DE OPERAÇÃO: 05

**1- SINAIS VITAIS**

<u>572/504</u>	<u>134</u>	<u>99</u>
----------------	------------	-----------

**2- PUNÇÃO VENOSA**

CATÉTER INTRAVENOSO Nº:	<u>MSD</u>	<u>SORG: SF 0,9%</u>
-------------------------	------------	----------------------

COMISSÃO: Admitido no CT pt trat. cirurg. de pat. de unha. Consiente, orientado, lúcio, respiratório calmo, respirando nos cateteres de O2, pele e mucosas hiperoides. Aguarda procedimento em sala cirúrgica.

**3- DESCRIÇÃO**

ANESTESIA: <u>BPB</u>	<u>INÍCIO:</u>	<u>TERMINO:</u>
-----------------------	----------------	-----------------

ANESTESISTA: <u>Dr. Lertes Augusto</u>	AUXILIAR DE ANESTESIA:	
--	------------------------	--

CIRURGIA REALIZADA: <u>otomínter de pat. de unha</u>	TERMINO:	
--	----------	--

INÍCIO:	1º AUXILIAR: <u>Acad.</u>	
---------	---------------------------	--

CIRURGÃO: <u>Dr. Gauvin</u>	3º AUXILIAR:	
-----------------------------	--------------	--

2º AUXILIAR:	CIRCULANTE: <u>Paulo</u>	
--------------	--------------------------	--

ENFERMEIRA: <u>Edilei</u>	<u>INSTRUMENTADOR(A):</u>	<u>Juvenil</u>
---------------------------	---------------------------	----------------

**4- PROCEDIMENTOS**

**4.1) POSICIONAMENTO DO PACIENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO:**

VENTRAL

TRENDLEMBURG REVERSO

LATERAL

FOWLER/ SEMI-FOWLER

LITOTOMIA/ GINECOLÓGICA

DEPAGE/ CANIVETE

**4.2) PROTEÇÃO DAS PROCEDÊNCIAS ÓSSEAS:**

NÃO  SIM LOCAL: \_\_\_\_\_

(EDN)  
Serv. Téc de Segs Ltsa

13 JUL. 2014

**PROTÓCOLO**

4.3) CATETERISMO VESICAL: NÃO

SVD Nº: \_\_\_\_\_

BALONETE TESTADO:

( ) SIM ( ) NÃO ml: \_\_\_\_\_  
COLETOR: ( ) ABERTO ( ) FECHADO  
EMBROCAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO

PVPI TÓPICO( ) OUTROS( )  
LUBRIFICANTE: \_\_\_\_\_

URINA: VOLUME RESIDUAL: \_\_\_\_\_ ml

ASPECTO: \_\_\_\_\_

REALIZADO POR: \_\_\_\_\_

4.4) DEGERMAÇÃO:

( ) SIM ( ) NÃO LOCAL: MSE

OBSERVAÇÃO: PVPI +

4.5) OUTROS:

( ) S.N.G.	( ) PRESSÃO NÃO INVASIVA	( ) ECG
( ) P.A.M.	( ) DRENAGEM TORÁCICA	( ) INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
( ) P.V.C	( ) PUNÇÃO SUBCLÁVIA	( ) OXÍMETRO DE PULSO
( ) P.I.C	( ) DISSECÇÃO VENOSA	( ) INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
( ) CAPNÓGRAFO	( ) OUTROS	

4.6) PLACA DE RISTURI:

( ) SIM ( ) NÃO

TIPO: ( ) METAL ( ) DESCARTÁVEL

LOCAL: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS: \_\_\_\_\_

4.7) PEÇAS/ ENCAMINHAMENTOS: 940

( ) 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 ÁS \_\_\_\_\_ HORAS PARA: ( ) SRPA: ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EDSON FELINTO DE SOUSA		182749	Ortopédica	230	227	OBSERVAÇÕES MÉDICA
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DI : 27/02/2012		LESÃO TENDÃO PATELAR+TIBIA+ANTEBRAÇO				
10/04/12		<i>Edson Trox</i> 1 Dieta oral livre 2 Dipirona _ 500mg 01 comp VO 6/6hs 3 Tilatil 20mg _ 01 comp VO 12 /12hs 4 Captopril 25mg_01comp VO 8/8 se PA >160/100 5 Ranitidina 150mg _ 01 comp VO12/12hs 6 Paracetamol 60gt VO 6/6hs S/N 7 Cuidados gerais e sinais vitais				
		<i>Dr. Edson Trox</i> ORTOPÉDICA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - TRAUMATOLOGIA CONSULTA DE ORTOPÉDICA - TRAUMATOLOGIA CONSULTA DE ORTOPÉDICA - TRAUMATOLOGIA CONSULTA DE ORTOPÉDICA - TRAUMATOLOGIA CONSULTA DE ORTOPÉDICA - TRAUMATOLOGIA				
		<i>Seg. 1º dia de Segs 1103</i> <i>3 JUN. 2012</i>				
		<i>PROTÓCOLO</i>				

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE:		PRONTUÁRIO CLÍNICA	ENF. ou APP.	LEITO	MEDICO ASSISTENTE
Edson Fábio da Silva		182749			
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
10/04/13		Alta por Repasse	QUANT.	LITERÁRIO	OBSERVAÇÕES
<p><i>15</i></p> <p><i>16</i></p> <p><i>17</i></p> <p><i>18</i></p> <p><i>19</i></p> <p><i>20</i></p> <p><i>21</i></p> <p><i>22</i></p> <p><i>23</i></p> <p><i>24</i></p> <p><i>25</i></p> <p><i>26</i></p> <p><i>27</i></p> <p><i>28</i></p> <p><i>29</i></p> <p><i>30</i></p> <p><i>31</i></p>					

ED 21  
SER. 160 de 300 L103  
13/04/2013  
PROTÓCOLO



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
GÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MOLICD ASSISTENTIE

OBSESSÕES MÉDICA

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 URNA, FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS MÉTALICOS, ASSOCIADO A FRAGMENTO ÓSSEO DESTACADO LOCALIZADO ANTERIORMENTE À FRATURA;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONVENIO: CRM 3013  
09/04/2014  
Dr. José Vaz Silva  
CRM 3406-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Dr. José Vaz Silva  
CRM 3406

Dr. Leonardo Velloso  
CRM 3013

Dr. Wilsonny Leal  
CRM 2062

Dr. Edward Miel Almberg Téc de Seys Lira  
CRM 2738

Dr. Leonardo A. N. Mello  
CRM 3508

Dr. Alan Michel D. Lima  
CRM 3489

(EDR)  
13 JUL. 2014  
PROTÓCOLO

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA  
Convênio: PARTICULAR  
Solicitante: Dr. MILTON BATISTA FILHO  
Código: 514685.01

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

## 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: integras.

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  
CONFIRME COM ORIGINAL  
Em: 09/09/2014  
Assinatura: *Willyba*  
Número: 019065-9  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Dr. José Vaz Silva  
CRM 3406

Dr. Leonardo Veloso  
CRM 3013

Dr. Wilsonny Loral  
CRM 2062

Dr. Edvald Mont'Alverne  
CRM 2938

Dr. Leonardo A. N. Mafus  
CRM 3503

Dr. Alan Mychal D. Lima  
CRM 3489

SUS

X  
X  
X  
X  
X  
Edson Filinto de Souza

Portaria

Dr. Theonistóles

## PRONTUÁRIO MÉDICO

107-4



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFIRA COM O ORIGINAL  
Em: 09/06/2014  
Edna Maria Alves da Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

E: Edson Filinto de Souza  
DIMENTO: 408060034 CID: NB41

STOES NATION  
ATRAUMATOLOGIA

ABNATURA E CURRIBO DO MEDICO

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

IDENTIF:

5-Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA

7-CMS: 890050074328427

8-Nascimento: 28/12/1986

9-Sexo: Masculino

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

11-Mae: MARIA DE JESUS PEREIRA DE SOUSA

12-Fone: 86-3235-5922

13-Resp: (O MESMO)

15-Endr: RUA FERROVIÁRIA N 8471 - TODOS OS SANTOS - CEDE

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-530

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Perda ossa da tibia necessitado  
alongar etes part esse

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONCESSIONADA ORIGINAL  
09/09/2014  
Em: 09/09/2014  
Edna Maria Andrade Silva

21 - Condições que justificam a internação:

Necessito engraçar

Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97

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

frase. EX fisio (Imagem)

CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

23-Diagnóstico Inicial:

Ausência da consolidação da fratura (pseudo-artrose)

24-CID Prim: \_\_\_\_\_

25-CID Sec: \_\_\_\_\_

26-CID C. Ass.: \_\_\_\_\_

MB41

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408060034 ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE OSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)

Tempo: 300

3

29-Clinica:

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

CLÍNICA ORTOPÉDICA

01

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

THEMISTOCLES R. NETO (JOSELO, QUADRIL, OMBRO)

34-Data Solicitação:

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

36-( ) Acidente de Trânsito

37-( ) Acidente Trabalho Típico

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador

( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

1-ICMS 1-ICPF

50-Ass.Certifico (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X nozio de Jerson Pereira de Souza

13 JUN. 2014

Usuário: (Hudson)

Consulta Local: 563921

Consulta SUS: 10392731223

Ult. Acesso: 20/06/2012 09:42:21

PROTÓCOLO

EDT: 23/09/12

CR 91/09/12

CLÍNICA: Ortopédia LEITO: 107.4

DIAGNÓSTICO: Fitume de ferro non condensável

CIRURGIA: Doce regnos de Igreja onde vive N° SALA: 07

CIRURGIÃO: Dr. Themistocles Neto

AUXILIARES: 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA Vera + Miguel CIRCULANTE: Jesús

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: O paciente em 100% não responderá (2)

Aspergillus flavus (Berk.) Sacc. (Basionym)

"no" please ⑤ violent die fussoes leben  
Major

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	PREÇO
AGULHA 25 x 7	UNID	03		LUVA N° 7,0 2,5	PAR	04	
AGULHA 30 x 8	UNID	03		LUVA N° 8,0 2,5	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 ??????? <i>todo tipo</i>	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		SERINGA 20CC	UNID	04	
COMPRESSA	PAC	08		SERINGA 10CC	UNID	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID	02		SERIÑGA 5CC	UNID	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERIÑGA 3CC	UNID	-	
SCALPE N°	UNID	-		SOROFISIOLÓGICO	FRASCO	08	
FORMOL	ML	-		SONDA URETRAL	UNID		
GASES 2	PAC.	15		SONDA DE FOLEY	UNID		
JELCO N° 20	UNID	01		COLETOR DE URINA	UNID		
LÂMINA DE BISTURI 24	UNID	02		ETER <i>Crespan</i>	ML	06	
FIOS	UNID	QUANT	PREÇO	OCORRÊNCIAS:	OSPITAL	CONFERIR	2014
CAT. GUT. SIMPLES C/ AG				(EDR) Serv. Tel. de Sags. Lda	09/04/2014	Blk 09	
CAT. GUT. SIMPLES S/ AG				13 JUN. 2014	Edna Silveira		
CAT. GUT. CROMADO S/ AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		210					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 15 mm							
ROLENE							
				PROTÓCOLO ENFERMARIA	107-4	CÓPIA DE PRONTUÁRIO	
				CIRCULANTE: <i>Lima</i>			

OCORRÊNCIAS:		HOSPITAL GÉNÉRAL	
<p><b>(EDR)</b> Serv. Tel. de Segs. Ldoa 13 JUN. 2014</p> <p><b>PROTOCOLO</b></p> <p>ENFERMÁRIA:</p>		<p><b>CONFERENCE</b> Enr. <u>09/06/2014</u> Edna Silvana Mendes de Silva Matrícula: 019065-9 CPF: 275.080.303-97</p> <p><b>CÓPIA DE PRONTUÁRICOS</b></p>	

ENFERMARIA: 107-4

**CIBURGI**

## CIRURGIAS

Tipo Sangüíneo	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Creatinina	Outros
	Urina					

	02	  	
Líquidos			
CONGOS	V - PA SISTÓLICA I - PA MÉDIA		
X - Esgoto & Fluxo da Anestesia	A - PA DIASTÓLICA		
• - I-REO. CARDÍACA	O - TEMPO		
DIURESE (ml)		TOTAL	INÍCIO
Técnico			FIM
Técnica Anestésica:		DURAÇÃO	
Observações:		Cáñulas	
		Perda Sangüínea	
OXIGÉNIO		PACIENTE TRANSFUNDIDO	
INÍCIO:		Sangue Total:	ml
TÉRMINO:		C. Hemáceas:	ml
Plaquetas:	ml	Plasma:	ml
MEDICAMENTOS UTILIZADOS			
Atropina:		S. Glic. 5%	ml
Cefazolina 1g	02	Ringer	ml
Clonidin		Lidocaina 5% pesada	Amp.
Diazepam		Neocalina 0,5% pesada	Amp.
Dimorf	02	Neocalina 0,5% Isobárica	Amp.
Dormonid		Novabupi 0,5%	Amp.
Droperidol		Neocalina % v	Fr
Efortil		Novabupi % v	Fr
Empolano		Lidocaina % v	Fr
Fentanil		Quelicim	Fr
Halotano		Quetamina	ml
Isoflurano		Sufenta	ml
Narcan		Tiopental	ml
Neostigmina		Trasplum	Amp.
Pancuronio			
Propofol			
S.Fls. 0,9%	03		
Anestesista - CRM			
José Miguel de Andrade Filho CRM 1887 - CPF 138.542.403-6			

Atropina:		Amp.
Cefazolina 1g	02	Fr
Clonidin		Amp.
Diazepam		Amp.
Dimorf	02	Amp.
Dormonid		Amp.
Droperidol		Amp.
Efortil		Amp.
Empolano		ml
Fentanil		ml
Halotano		ml
Isoflurano		ml
Narcan		Amp.
Neostigmina		Amp.
Pancuronio		Amp.
Propofol		ml
S.Fls. 0,9%	03	Fr

S. Glic. 5%	ml	
Ringer	ml	Fr
Lidocaina 5% pesada		Amp.
Neocalina 0,5% pesada		Amp.
Neocalina 0,5% Isobárica		Amp.
Novabupi 0,5%		Amp.
Neocalina % v		Fr
Novabupi % v		Fr
Lidocaina % v		Fr
Quelicim		Fr
Quetamina		ml
Sufenta	ml	Amp.
Tiopental		ml
Trasplum		Amp.

ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA		Anestesista - CRM		José Miguel de Andrade Filho CRM 1887 - CPF 138.542.403-6	
SUBMETEU-SE A ANESTESIA: _____		P.A. _____ mmHg		F.C. _____ bpm	
CONDIÇÕES DE ALTA: _____		ENCAMINHADO A: _____			

## EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ LEITO: 107/04 PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_NOME: Edson Filinto da SilvaData: 26/09/2012 dia de UTI/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nível de consciência: <u>Consciente, Orientado</u>		
Padrão de Resposta Motora: <u>Fisioterapia intensiva em MIE (Paralisia)</u>		
S. Respiratório: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea - VAA: ( <input type="checkbox"/> ) TOT - ( <input type="checkbox"/> ) TQT		
M	Ritmo: <u>Regular</u>	Profundidade <u>Profunda</u> , FR(espontânea)
A	Tosse: ( <input type="checkbox"/> ) Produtiva ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seca - Asculta Pulmonar:	
N	Secréção: ( <input type="checkbox"/> ) -/4 ( <input type="checkbox"/> ) +/4 ( <input type="checkbox"/> ) ++/4 ( <input type="checkbox"/> ) +++/4	Aspecto:
H	Oxigenoterapia: <u>Sem aperto de O2</u>	
Á	S. Cardiovascular: PA:	FC: Perfusão Capilar:
Conduta Fisioterapêutica: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Respiratória ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Motora		
Observações:		
		<i>Marcelo Senna Mota</i> Fisioterapeuta CRÉDITO: 011906-9
		Carimbo/Assinatura

Nível de consciência:		
Padrão de Resposta Motora:		
S. Respiratório: ( <input type="checkbox"/> ) Espontânea - VAA: ( <input type="checkbox"/> ) TOT - ( <input type="checkbox"/> ) TQT		
T	Ritmo:	Profundidade FR(espontânea)
A	Tosse: ( <input type="checkbox"/> ) Produtiva ( <input type="checkbox"/> ) Seca - Asculta Pulmonar:	
R	Secréção: ( <input type="checkbox"/> ) -/4 ( <input type="checkbox"/> ) +/4 ( <input type="checkbox"/> ) ++/4 ( <input type="checkbox"/> ) +++/4	Aspecto:
D	Oxigenoterapia:	
E	S. Cardiovascular: PA:	FC: Perfusão Capilar:
Conduta Fisioterapêutica: ( <input type="checkbox"/> ) Respiratória ( <input type="checkbox"/> ) Motora		
Observações:		
		<i>13 JUL 2014</i>
		<i>PROTÓCOLO</i>
		Carimbo/Assinatura

MOD. 259-HGV

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM: 09/09/2014  
Em: Edson Moraes Andrade Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97





**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.**

**APRAZAMENTO**

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

**PROTÓCOLO**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM BACHINICA BEORTBEBERIA

LÍNICA DE OR

WIKI

卷之三

1-Mobilidade física prejudicada relacionada a:	Evidenciada por:	5-Enfrentamento ineficaz relacionado a:	Evidenciada por:	9-Termo-regulação ineficaz relacionada a:	Evidenciada por:	13-Risco de síndrome de desuso relacionado a:
2-Força e resistência diminuída	6-Amplitude limitada movimento	7-Altividação inadequada da confiança	8-Variação de nível inadequada da confiança	10-Incapacidade de incapsulamento	11-Trauma	14-Dor intensa
( ) Descocorrência	( ) Dificuldade de virar-se	( ) Superação social inadequada	( ) Inabilitação mecânica	( ) Inabilitação de nível de tensão	( ) Taquicardia	( ) Inabilitação mecânica
( ) Desuso	( ) Mudanças na marcha	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Taquimelita	( ) Inabilitação prescrita
3-Enfraquecimento muscular esquelético	( ) Instabilidade postural	( ) Instabilidade de conservar	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Pele lata	( ) Nível de consciência
( ) Enfraquecimento neuro muscular	( ) Dispreia ao esforço	( ) Incapacidade de conservar energias adaptativas	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Tremor	( ) Paralisia
( ) Dano perceptual/cognitivo	( ) Rítmos atípicos respiratórios	( ) Tosses ausente	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Flutuação da temperatura	
( ) Dor	( ) Tosses ineficaz	( ) Vocalização dificultada	( ) Distúrbio no padrão de	( ) Distúrbio no padrão de		
4-Ansiedade e restrição ao movimento						
5-Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada a:	Evidenciada por:	6-Desesperança relacionada a:	Evidenciada por:	7-Recuperação cirúrgica relacionada a:	Evidenciada por:	10-Integridade tissular prejudicada relacionada a:
( ) Distrução neuromuscular	( ) Agitação	( ) Deterioração da condição fisiológica	( ) Verbalização diminuída	( ) Inabilitação física	( ) Tecido desalinhado	( ) Risco de distunção neurovascular periférica relacionada a:
( ) Tabaqueiro	( ) Dispreia	( ) Estresse prolongado	( ) Passividade	( ) Inabilitação	( ) Tumor liso	( ) Cirurgia ortopédica
( ) Ocasional pulmonar obstrutiva crônica	( ) Respiração prolongada de alta intensidade	( ) Respiração prolongada de alta intensidade	( ) Indicações verbais	( ) Nutrição desequilibrada	( ) Fraturas	( ) Fraturas
( ) Infecção	( ) Abandono	( ) Respiração prolongada de alta intensidade	( ) Pressão sobre proeminências óssea	( ) Hesitação urinária	( ) Inabilitação	( ) Inabilitação
( ) Mucos excessivo	( ) Perda de te	( ) Respiração prolongada de alta intensidade	( ) Déficit imunológico	( ) Disúria	( ) Trauma	( ) Trauma
		( ) Respiração prolongada de alta intensidade	( ) Fatores mecânicos	( ) Urgência urinária	( ) Obstrução vascular	( ) Obstrução vascular
		( ) Respiração prolongada de alta intensidade	( ) Obstrução estonômica	( ) Queimaduras	( ) Queimaduras	( ) Queimaduras
3-Padecimento de sono prejudicado relacionado a:	Evidenciado por:	7-Recuperação cirúrgica relacionada a:	Evidenciada por:	11-Eliminação urinária prejudicada:	Evidenciada por:	15-Risco de sangramento relacionado a:
( ) Inabilitação física	( ) Dificuldade para dormir	( ) Infecção pós-operatória	( ) Dano sensorio-motor	( ) Relançamento urinária	( ) Trauma	( ) Trauma
( ) Pánico	( ) Mudança no padrão normal	( ) Dor	( ) Relato de dor	( ) Disúria	( ) História de quedas	( ) História de quedas
4-Julgação	( ) Sono	( ) Rotulada de ficar acordado	( ) Rotulada de desconforto	( ) Polúria	( ) Efeitos secundários	( ) Efeitos secundários
( ) Internações (prestadores, exame)	( ) Insatisfação com o sono	( ) Insatisfação com o sono	( ) Percepção mais tempo para recuperar	( ) Incontinência	( ) Relacionado ao tratamento	( ) Relacionado ao tratamento
	( ) Queladas verticais de rito se sentir lido desacordado					
5-Integridade da pele prejudicada:	Evidenciado por:	6-Constituição relacionada a:	Evidenciada por:	12-Dor aguda relacionada a:	Evidenciada por:	16-Risco de infecção relacionado a:
( ) Fatores mecânicos	( ) Invasão de estruturas alimentares	( ) Maciez à percussão	( ) Agentes lesivos	( ) Relato verbal de dor	( ) Procedimentos invasivos	( ) Procedimentos invasivos
( ) Circulação prejudicada	( ) Destruição de camadas da pele	( ) Dor abdominal	( ) Posição para evitar dor	( ) Dor aguda	( ) Trauma	( ) Trauma
( ) Alterações na pigmentação cutânea	( ) Motilidade de TG diminuída	( ) Distensão abdominal	( ) Comportamento expressivo (choro, gemido)	( ) Defesas primárias inadequadas	( ) Defesas primárias inadequadas	( ) Defesas primárias inadequadas
( ) Ata náusea	( ) Ingestão hidrica diminuída	( ) Fisiabilidade grave		( ) Defesas secundárias inadequadas	( ) Defesas secundárias inadequadas	( ) Defesas secundárias inadequadas
	( ) Inabilitação			( ) Destrução das lealdades		

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO**

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTDE
Regiane da Silva Santos (sx)	03030301093	
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTDE
Helena Rustina B. M. Bezerra (sx)	030301101048	
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTDE
Maria do Socorro A. Nogueira (sx)	03030110093	
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTDE
Maristela Quirino M. Mendes (sx)	03030301091	
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTDE
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTDE
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTDE
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTDE
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTDE
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTDE
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTDE
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTDE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTDE
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTDE
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTDE
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTDE

- 98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONCEPÇÃO DO COAL  
EPI  
09.001-0  
Dr. Ana Beatriz de Oliveira Silva  
09/04/2014  
Matrícula: 01.9365-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

-PROFISSIONAL SOLICITANTE-

- 09 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

## **-AUTORIZAÇÃO**

- 100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO RECONHECIMENTO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1940.11.20. 10:00 AM



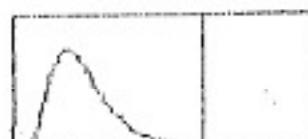
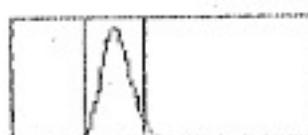
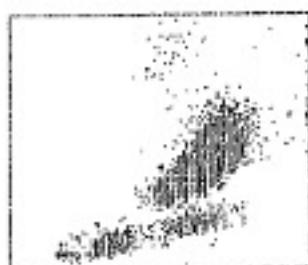
Nome: EDSON FILIPE  
Comentários:

ID Paciente: 4  
ID amostra: 00049  
Tipo: STANDARD

ID Operador:

Data: 24/09/2012 22:06:46 Seq: 00057

	Result.	Avisos	Unid	Limites normais
→WBC	82.2	s	$10^3/\mu L$	4.0 / 12.0
→LINF	6.9	S	%	25.0 / 50.0
→MON	4.8		%	2.0 / 10.0
→NEUT	85.1	R	%	50.0 / 90.0
→EOS	0.9		%	0.0 / 5.0
→BAS	0.8		%	0.0 / 2.0
LINF	1.1		$10^3/\mu L$	1.0 / 5.0
MON	0.6		$10^3/\mu L$	0.1 / 1.0
NEU	10.4	R	$10^3/\mu L$	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	s/dl		11.0 / 17.0
→HCT	42.4	%		35.0 / 55.0
UCV	88.9	$10^3$		80.0 / 100.0
HCT	38.0	g/dl		26.0 / 34.0
CRBC	83.7	s/dl		31.0 / 55.0
RDW	13.0	%		10.0 / 16.0
→PLT	832	$10^3/\mu L$		150 / 400
UPH	8.6	$10^3$		7.0 / 11.0
PCT	9.293	%		0.200 / 0.500
PDW	14.0	%		10.0 / 18.0



AVISOS: NE  
LEUCOCITOSE LINFOPENIA NEUTROFILIA  
~~MONOCITOS~~

AGREGADOS DE LEUCOCITOS

Comentários:

(EDR)  
Serv Téc de Segs L10a  
13 JUN 2014

PROTOCOLO

JOSÉ VAL GERALDO VARGAS

CONFIRMO COM ORIGINAL

09/06/2014

Enviado por André de Silva

Matrícula: 019065-9

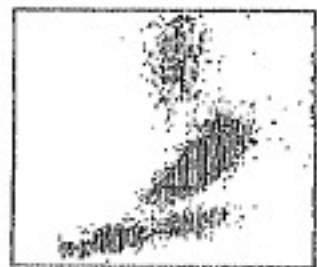
Cn: 0,9  
 GLN: 96  
 TAP: 14,8<sup>1157</sup>  
 JNR: 0,97  
 TTPA: 39,2<sup>11</sup>

Nome: EDSON FELINTO	ID Paciente: 024 ORTOPEDIA
Comentários:	ID amostra: 00018
	Tipo: STANDARD

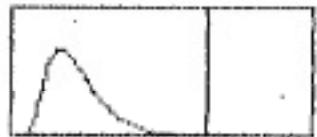
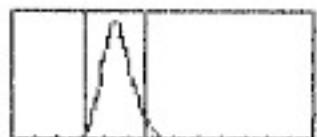
Operador: Data: 23/09/2012 11:58:32 Seq.: 00020

Result. Avisos Unid Limites normais:

WBC	11.000	$10^3/\mu L$	4.0 / 12.0
LINN	24	b	25.0 / 50.0
MON	02		2.0 / 10.0
NEU%	64		50.0 / 80.0
EOS%	0.3	A	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	7.0	$10^3/\mu L$	2.0 / 8.0
EOS	0.9	A	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	$\mu m^3$	80.0 / 100.0
HCM	29.6	pg	26.0 / 34.0
CHCM	38.3	g/dL	31.0 / 35.5
RDW	13.0	%	10.0 / 16.0
PLT	366000	$10^3/\mu L$	150 / 400
UPM	8.5	$\mu m^3$	7.0 / 11.0
PCT	0.310	%	0.200 / 0.500
PDW	12.5	%	10.0 / 18.0



AVISOS: N2

LINOPENIA, EOSINOFILIA  
ERITROBLASTOS

AGREGADOS: PLAQUETARIOS



HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONSELHO CLÍNICO OFICIAL

09/06/2014

En: *Bruna*  
Câmara: *Patrícia da Silva*

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

1 - <b>Higiene corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Realizar / auxiliar: banho no leito - aspersão - cadeira higiênica</li> <li>( ) Realizar / auxiliar: higiene oral (clorhexidina/escova) ocular (SF)</li> <li>( ) Realizar higiene íntima a cada troca de fralda</li> <li>( ) Realizar massagem de conforto e hidratação</li> <li>( ) Realizar tricotomia</li> <li>( ) Realizar lavagem do couro cabeludo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Aspirar vias aéreas / SN</li> <li>( ) Observar e anotar aspectos da secreção das vias aéreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Manter deambulação</li> <li>( ) Observar e anotar presença de tosse</li> </ul>
2 - <b>Alimentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Jejun para: <del>Vacuum</del> S/ JU 04/13</li> <li>( ) Auxiliar, estimular, observar e anotar aceitação da alimentação</li> <li>( ) Estimular ingestão hídrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Observar, anotar e comunicar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Observar, anotar e comunicar</li> </ul>
3 - <b>Conforto físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Manter repouso absoluto / relativo</li> <li>( ) Realizar mudança de decúbito de horas</li> <li>( ) Realizar movimentação ativa no leito</li> <li>( ) Orientar o paciente quanto à movimentação</li> <li>( ) Sentar na poltrona por:</li> <li>( ) Estimular/auxiliar na deambulação</li> <li>( ) Manter grades elevadas</li> <li>( ) Proteger proeminências ósseas com coxins</li> <li>( ) Realizar e supervisionar medidas de contenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Mudança do nível de orientação</li> <li>( ) Local de punção venosa (sinais flogísticos)</li> <li>( ) Edema / hematoma / equimose / tremor / cãimbras</li> <li>( ) Náuseas / vômitos</li> <li>( ) Queixas algícas: local / intensidade</li> <li>( ) Hiperemia em proeminências ósseas e partes moles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Alterações dos sinais vitais</li> <li>( ) Sinais de hipoglicemia: 60&gt; cetonemia capilar &lt;120 mg/dl</li> <li>( ) Mudança do nível de orientação</li> <li>( ) Local de punção venosa (sinais flogísticos)</li> <li>( ) Edema / hematoma / equimose / tremor / cãimbras</li> <li>( ) Náuseas / vômitos</li> <li>( ) Queixas algícas: local / intensidade</li> <li>( ) Hiperemia em proeminências ósseas e partes moles</li> </ul>
4 - <b>Eliminações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Anotar frequência e aspecto das evacuações</li> <li>( ) Oferecer papagaio/ aparelheira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Cuidados específicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Cuidados específicos</li> </ul>
5 - <b>Curativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Realizar curativo em região:</li> <li>( ) Realizar curativo em cateteres:</li> <li>( ) Realizar curativo do dreno:</li> <li>( ) Realizar curativo de úlcera por pressão:</li> <li>( ) Observar e anotar aspecto da FO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Hemodinâmica</li> <li>( ) Verificar e anotar SSW de 6 / 6 h</li> <li>( ) SVD</li> <li>( ) SNG</li> <li>( ) Equipo de nutrição enteral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Hemodinâmica</li> <li>( ) Verificar e anotar SSW de 6 / 6 h</li> <li>( ) SVD</li> <li>( ) SNG</li> <li>( ) Equipo de nutrição enteral</li> </ul>
6 - <b>Conforto respiratório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Observar e comunicar dispneia / clanose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Cuidados pós-operatório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Cuidados pós-operatório</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Registrar diurese</li> <li>( ) Registrar e comunicar presença de sangramento na FO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Registrar diurese</li> <li>( ) Registrar e comunicar presença de sangramento na FO</li> </ul>

Impresso na Acid Out Manuf. Co.  
MARCA: GOMBO E BANANA  
ENDERECO: ASSINATURA RUA ARIMBOE  
CÓDIGO: 022798  
CPF: 471.342-94-08  
M. do SOCORRO A. NOGUEIRA  
SANTOS-SP

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

Nome: John Smith de Souza

PRONTUÁRIO 1057469 ENF. 107 LETO 04 IDADE 12 DATA 23/09/12

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA DE ORTOPEDIA**

1- <b>Sobilidade física</b> Injudicada relacionada a:	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Força e resistência diminuída <input checked="" type="checkbox"/> Disconforto <input type="checkbox"/> Desuso <input type="checkbox"/> Enfraquecimento muscular esquelético <input type="checkbox"/> Enfraquecimento neuromuscular <input type="checkbox"/> Dano percepção/cognitivo <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> Respirações restritas ao movimento	5-Entertainment ineficaz relacionado a: <input checked="" type="checkbox"/> Ampliado limitado movimento <input type="checkbox"/> Dificuldade de vibrar-se <input type="checkbox"/> Mudanças na marcha <input type="checkbox"/> Instabilidade postural <input type="checkbox"/> Dispanéia ao esforço respiratório <input type="checkbox"/> Ruídos adventícios inspiratórios <input type="checkbox"/> Tosse ausente <input type="checkbox"/> Tosse ineficaz <input type="checkbox"/> Vocalização dificultada	Evidenciado por: <input checked="" type="checkbox"/> Nível inadequado de contenção <input type="checkbox"/> Suporte social inadequado <input type="checkbox"/> Distúrbio no padrão de ativo de tensão <input type="checkbox"/> Incapacidade de conservar energias adaptativas	9-Termoregulação ineficaz relacionada a: <input checked="" type="checkbox"/> Verbalização de incapacidade <input type="checkbox"/> Comportamento destrutivo	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Envelhecimento <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Flutuação da temperatura	13-Risco de síndrome desuso relacionada a: <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Pele fria <input type="checkbox"/> Tremor	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Dor intensa <input type="checkbox"/> Imobilização mecânica <input type="checkbox"/> Imobilização preventiva <input type="checkbox"/> Nível da consciência <input type="checkbox"/> Paralisia
2- <b>Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada a:</b>	Evidenciada por: <input type="checkbox"/> Disfunção neuromuscular <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Muco excessivo	6-Desesperança relacionada a: <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Dispnéia	Evidenciado por: <input checked="" type="checkbox"/> Delineração da condição fisiológica <input type="checkbox"/> Estresse prolongado <input type="checkbox"/> Restrição prolongada da atividade <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Partida de férias	10-Integridade tissular prejudicada relacionada a: <input checked="" type="checkbox"/> Verbalização diminuída <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Indicações verbais	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Imobilidade física <input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Pressão sobre prominências bonyas <input type="checkbox"/> Déficit imunológico <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos (abdução, torquete, etc.)	14-Risco de disfunção miurovascular periférica relacionada a: <input checked="" 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 mecânica (abdução, torquete, etc.)	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Dor intensa
3- <b>Padrão de sono prejudicada relacionada a:</b>	Evidenciada por: <input type="checkbox"/> Imobilização física <input type="checkbox"/> Ruído <input type="checkbox"/> Iluminação <input type="checkbox"/> Interrupções (medicamentos, exame)	7-Recoveração cirúrgica retardada. Relacionada a: <input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir <input type="checkbox"/> Mudança no padrão normal sono <input type="checkbox"/> Relato de ficar acordado insatisfeito com o sono <input type="checkbox"/> Quixadas verbais de não se sentir tão descansado	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Infecção pós operatória <input type="checkbox"/> Dor	11-Obstrução urinária prejudicada: <input checked="" type="checkbox"/> Relato de dor <input type="checkbox"/> Relato de desconforto <input type="checkbox"/> Percepção mais tempo p/ recuperação	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Múltiplas causas <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica	15-Risco de sangramento relacionada a: <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> História de quedas <input type="checkbox"/> Efeitos secundários relacionado ao tratamento	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Dor intensa
4- <b>Integridade da pele prejudicada:</b>	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Mudanças na pigmentação <input type="checkbox"/> Ma náusea	8-Consistipação relacionada a: <input type="checkbox"/> Invasão de estruturas alimentares <input type="checkbox"/> Desvitalização de camadas da pele <input checked="" type="checkbox"/> Roupamento da superfície pele	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Mudanças de pele <input type="checkbox"/> Mobilidade Téxtil diminuída <input type="checkbox"/> Ingestão hídrica diminuída <input type="checkbox"/> Imobilização	12-Dor aguda relacionada a: <input checked="" type="checkbox"/> Agentes lesivos	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> Maioria é percussão <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal <input type="checkbox"/> Flatulência grave	16-Risco de infecção relacionada a: <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Doenças primárias infecciosas <input type="checkbox"/> Doenças secundárias infecciosas <input type="checkbox"/> Necessidade de leitura	Evidenciada por: <input checked="" type="checkbox"/> relato verbal de dor <input type="checkbox"/> Posição para evitar dor <input type="checkbox"/> Comportamento expressivo (choro, gemido)

CONEXÃO COM O MUNICÍPIO  
Em: 09/09/2014 Officer Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO</p>	
<p style="text-align: center;">EDIFICIO SERVICIOS DE SEYNS LIMA 3 JULIO 2014</p>	
<p style="text-align: center;">HOSPITAL GENERAL DE LA PLATA CONCEJO DEL PUEBLO DE LA PLATA 09 Bokito 2014 Calle 1000 entre 10 y 12 CABA 1000 Argentina</p>	

Nome: EDSON FILINTO DE SOUSA End. Resid.: RUA FERROVIÁRIA N 8471 - TODOS OS SANTOS Cidade: TERESINA - PI Sexo: Masculino Nascimento: 28/12/1986 Idade: 25a:8m:25d Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE				
Sintomas e sinais principais: Pseudo cônus e fibra - Gop onco				
Diagnóstico Definitivo: Gop onco				
Procedimento Realizado: Tegauv.				
Internação Data: 23/09/2012		Alta Data: 26/01/13	Permanência Hora: 16:55 : 3 dias	

#### ALTA

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.1 Curado     | <input checked="" type="checkbox"/> 1.2 Melhorado                                  | <input type="checkbox"/> 1.3 Da Puerpura e permanência do recém-nascido |
| <input type="checkbox"/> 1.4 Pedido     | <input type="checkbox"/> 1.5 Com previsão de retorno p/ acompanhamento do paciente |   |
| <input type="checkbox"/> 1.6 Por Evasão | <input type="checkbox"/> 1.7 Da Puerpura e Recém-Nascido                           | <input type="checkbox"/> 1.8 Por Outros Motivos                         |

#### PERMANÊNCIA

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2.1 Características próprias da doença | <input type="checkbox"/> 2.2 Intercorrência                      | <input type="checkbox"/> 2.3 Impossib. Sócio-Familiar |
| <input type="checkbox"/> 2.4 Processão Doação Órgão-Doador Vivo | <input type="checkbox"/> 2.5 Processão Doação Órgão-Doador Morto |   |
| <input type="checkbox"/> 2.6 Por Mudança de Procedimento        | <input type="checkbox"/> 2.7 Por Recuperação                     | <input type="checkbox"/> 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:



Ass. Médico Assistente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM QUERELLA

Em: 09/04/2014

Assinatura: Edite Maria Andrade Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

ÁREA DE EDONTOLOGIA

**copil**

**Clinica Ortopédica do Piauí Ltda.**  
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Ao Sr(a). EDSON FILINTO DE SOUSA

Dr. Alívio Ferraz Antunes  
CRM-PI 2463

Dr. Osvaldo Moura Campos  
CRM-PI 1357

Dr. Jorge Henrique T. Cury  
CRM-PI 1388

Dr. João Silvanei Barros  
CRM-PI 1849

Dr. Yuri Júrgio Félix  
CRM-PI 2303

Dr. José Renato B. Gomes  
CRM-PI 2083

Dr. Derval Tercia Nunes Leal  
CRM-PI 1995

Dr. Themistocles Ramos  
Neto  
CRM-PI 2798

ATESTADO

ATESTO QUE O SE: EDISON FILINTO  
DE SOUSA SOFREU FRATURA PÉRНА  
ESQ COPM PERDA OSSEA ONDE FOI  
SUBMETIDO A ALONGAMENTO OSSEO  
COM FIXADOR CIRCULAR APRESENTA  
COINSOLIDAÇÃO POLREM SEQUELA  
DEFINITIVA DE PERDA DE 75% DA FUN-  
CÃO DA PERNAS ESQ.

M841

Teresina 10 de Março de 2014

Dr. Themistocles Ramos  
CRM - 2798 - TÉOT - 83/4  
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA

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

**copil** Clinica Ortopédica do Piauí Ltda

CNPJ 12.317.665/0002-93

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

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

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

**copil**

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedista - Traumatologista - Atendimento de Urgência

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rue 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\$**

Recebemos de

*Edson Filinto de Souza*

a importância de



Correspondente a

*Rx perna esquerda*

Teresina (PI)

*29**outubro**de 20 13**Kardinal Gomes Pinheiro***copil**

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedista - Traumatologista - 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\$**

Recebemos de

*Edson Filinto de Souza*

a importância de



Correspondente a

*Rx perna esq**13/01/2014  
Serv Téc de Sugs Cto**13 jan 2014**PROTOCOLO*Teresina (PI), *30* de *Setembro* de 20 *13*

**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\$**

**00000**

Recebemos de

*Edison Fulinto de Gómez*

a importância de

*R\$ 00000*

*Correspondente a*

Correspondente a *RX perna esquerda*

Teresina (PI), 10 de março

de 2014

*Kardinal Gomes Pinheiro*

(EDR)  
Serv Téc de Sogs Ltda

13 JUN. 2014

**PROTÓCOLO**

**copil****Clinica 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 12.317.665/0002-93Rua 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

Fudson Filinto de Souza

a importância de

Compreender

Correspondente a

Rx perna esquerda**copil****Clinica 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 12.317.665/0002-93Rua 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

Fudson Filinto de Souza

a importância de

Compreender

(12/13)

Sexta feira de Segs 11/12

Correspondente a

Rx perna esquerda

17 Jun. 2014

**PROTÓCOLO**



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)  
Endereço: RUA FERROVIARIA 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: SUS 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 diafise 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  
Eduardo Braga

13/06/12

(EDF)  
Serv Téc de Segs Lto  
13 JUN. 2014  
PROTÓCOLO

## LAUDO MÉDICO:

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

## **RELATÓRIO:**

od. SIA: 0204040019

Data Exam: 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.

(ANDI SILVA)

TEBESINA - PI 08/05/2012

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

15 06 12  
Tucson, AZ 15 06 12  
Carlin Brito  
See Lab 100  
Tucson, AZ 15 06 12  
See Lab 100  
Tucson, AZ 15 06 12

(EDR)  
Serv Téc de Segs Ltsa  
13 JUL 2014  
PROTOCOLO



## 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 Solicitud: 26/02/2012  
Controle: 264329 Convênio: SUS

### 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.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
CONSELHEIRO CONSELHEIRO  
Teresina, PI 35.106-42  
Lerilio Batista

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



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)

Endereço: RUA FERROVIÁRIA NPS471 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010

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

Quaquisição: 206455 Solicitação: 28/02/2012

Controle: 264784 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA LEITO 227

### RELATÓRIO:

CD. 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 óssea da tíbia.
- Presença de fixador externo.
- Edema de partes moles.

(ANDRÉ SILVA)

TERESINA - PI 08/05/2012

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

28/02/2012  
Teresina, PI 15/06/12  
Carlos Britto





## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)  
Endereço: RUA FERROVIARIA N°5471 - 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: SUS

### 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

26/02/2012  
26/02/2012  
Pecilia Braga

HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA  
26/02/2012



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON FILINTO DE SOUSA** (Prontuário: 182749)  
Endereço: RUA FERROVIARIA Nº5471 - TODOOS 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 Exam: 26/02/2012

### COXA ESQUERDA

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

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

(GRANDI SILVA)

TERBESINA - PI 08/05/2012

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

1955-0006-150612  
Recd. 150612  
Recd. 150612

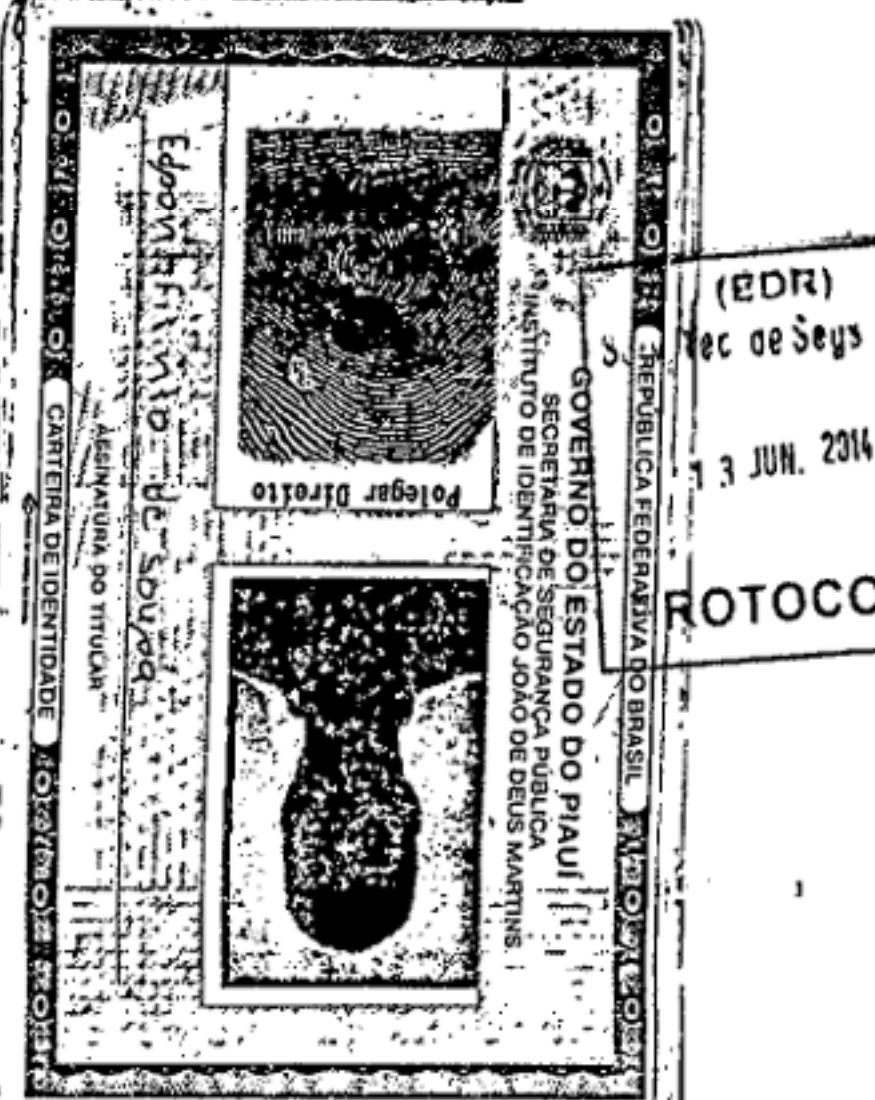
PROTOCOLO  
13 JUN. 2014  
Setv Téc de Segs Lluà  
(EDR)



Canção de uso pessoal e intransférivel,  
Devo ser apresentado junto com um documento de identidade.

MAY/2007

\*1004037



(EDR)  
Serv Téc de Sogs 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**Valorização 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

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
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: 00000024083-0

---

Nr. da Autenticação A43EE0D7ECE4C536