

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180410639

Cidade: Campo Maior

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OSVALDINA LIMA LEITE

Data do acidente: 16/04/2018

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180410639**

Nome do(a) Examinado(a): **OSVALDINA LIMA LEITE**

Endereço do(a) Examinado(a):

CJ RS AMOR 16, 16, C - FRIPISA - Campo Maior - PI - CEP 64280-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **853590**

Data e local do acidente: [**16/04/2018**]

ENTRE AS RUAS BENJAMIN CONSTANT COM CAPITÃO MANOEL OLIVEIRA/PI

Data e local do exame: [**26/10/2018**] **Campo Maior** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PACIENTE APRESENTA EDEMA EM JOELHO DIREITO +/4+; CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACES ANTERIOR E MEDIAL DE JOELHO DIREITO; ADM DE JOELHO DIREITO: EXTENSÃO 10º; FLEXÃO 85º.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI SUBMETIDA À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (AMD - Líder): 18,75% da IS. Conduta mantida.



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180410639

Cidade: Campo Maior

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OSVALDINA LIMA LEITE

Data do acidente: 16/04/2018

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180410639

Cidade: Campo Maior

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OSVALDINA LIMA LEITE

Data do acidente: 16/04/2018

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE APRESENTA EDEMA EM JOELHO DIREITO +/4+; CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACES ANTERIOR E MEDIAL DE JOELHO DIREITO; ADM DE JOELHO DIREITO: EXTENSÃO 10°; FLEXÃO 85°.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDA À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas:

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (AMD - Líder): 18,75% da IS. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Campo Maior.

Médico examinador: Adriel Herbert de Castro Leao

CRM do médico: 3888

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

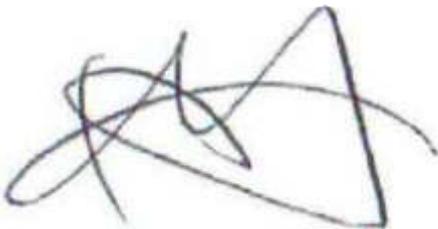
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



JOSÉ GREGÓRIO XIMENES

Clínica Médica
Ortopedia
CRM-PI 862



RELATÓRIO

Em 16.9.2018, a Srta. Daivalina Lima Leite Vasos, RG 853 540 530 (PI), relatando que sofreu acidente automobilístico (Moto) com fratura cominada do platô tibial e diafrise da tibia.

Foi tratado com cirurgia ortopédica de fixação (osteossíntese) e fisioterapia. Alta ortopédica, referindo dor no Joelho dia e noite, espasmos do membro inferior. Apresentação de dor no Joelho dia e noite, edema e restrição de movimento do Joelho em 90%. Joelhete com auxílio de muletas.

C. MAIOR, 05/10/2018
José Gregório Ximenes

Av. Santo Antônio, 253
Campo Maior - PI

José Gregório Ximenes
Número CRM - PI 862
Ortopedia e Traumatologia

Fone: (86) 3252-1713
8163-0019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 OUT 2018

DPVAT



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
 CONTORNO,
 RUA LUIZ, CAMPO MAIOR/PJ - 64280-000
 CNPJ: 06553564000642
 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0171798
 Data: 16/04/2018
 Funcionario: DEUSIVANE

Registro: 58502
 Hora: 15:43:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: FEMININO

Senha 95

SUS

OSVALDINA LIMA LEITE VERAS

CPF: - RG: 853590 - SUS: 704107292732050

Nasc.: 02/09/1967 Idade: 50 ANOS, 7 MESES, 14 DIAS Profissão:

Civil: CEP: 64280-000

End.: RESIDENCIAL AMOR Q-G, 16 -

Bairro: FRIPISA

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Cor: PARDA

Telefone: (86) 9955-77180

Mãe: MARIA ELISA LIMA LEITE

Pal: OSVALDO LIMA LEITE

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Parte v. fr. de Ac 2to
fe. v. fr. de 2to e 3to
do joelho
 Hora: _____
 Internação

Exames Complementares:

Exames - Etm joelho

Diagnostico provavel:

1) Dist. Leo
2) Traumatismo

RECIBO DE SUSCIP
CONSULTA 01.057.149-TE
 16:46
 16/04/2018

Prescrição Médica:

Fratura

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 15:46:49

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História: PACIENTE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO APRESENTA FRATURA EM PATELA O JOELHO

PJ CORRETORA DE SEGUROS
 20 JUL 2018
 Dor:
DPVAT

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 10/6 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 170 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: CLINICO

64196 - JOSE EDINO MONTE ARAUJO
 Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora: _____

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino: _____

Osvaldina Lima Leite Veras

OSVALDINA LIMA LEITE VERAS
 Paciente ou Responsável

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA
 Médico Responsável



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



SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA: 6/4/18 HORA: 17:00 Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR MUNICIPIO: Campo Maior PI

MÉDICO: Dr. Manoel de Oliveira Lima CRM: 3112 PI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: OSVALDO DA LEM LESTE VENTY

idade: 50 anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA: parte inferior da Artéria e outro aparelho
em função de lesão de N.º T.º
em 1/Julho @: Ruptura ligamento perto @

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras Inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento da retrada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: 130/80 mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa 500ml
 () Aspição () Medicação Trombolítico
 () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT ID: 22748
 Clínica/Posto: _____ Senha: AUT. 196271859

Assinatura e carimbo do Médico

PI CORRETORA DE SEGUROS

20 JUL 2018

DPVAT

Assinatura e carimbo do Médico

Nome do Paciente: Osvaldina Lima Leite Veras

Data do Nascimento: 02/09/67

Data do Registro: 30/04/18

Médico(a): Jose Gregorio

RAIO X DO JOELHO DIREITO

Fratura no platô tibial.
(controle)

Dr. José Luiz da Paz
Radiologista
CRM: 0367 / CPF: 030.027.993-00



Alter



NOME DO PACIENTE: Osvaldina Lorna Leite

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 473872

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
20 JUL 2018
DPVAT

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

16/04/2018 20:57:06
(User: MARICELIA TEIXERA)
(Estação: AOC001)

Nome: OSVALDINA LIMA LEITE		Prontuário: 473872
Mãe: MARIA ELISA LIMA	Pai: OSVALDO LIMA LEITE	
End. Resid.: CONJ RES AMOR QD G CE 16 - FIFRISA - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-000		
Nascimento: 02/09/1967	Idade: 50a:7m:14d	Sexo: Feminino Fone: 86-99522-0425
Responsável: CAROLINA LEITE	CNS: 704107292732050	
Profissão: LAVRADORA	Documento: CPF: 450.617.933-15	
G. Instrução: Fundamental: Incompleto	E. Civil: Desq./Divorciado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660458	Data: 16/04/2018 20:50:42	Condição: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Id. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. TRAUMA EM M.D. (JOELHO DIREITO). NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA TCS. ECG DE 15.		Profissional Clas. Risco: MARICELIA FERNANDES TEIXERA COREN 166059 Em: 16/04/2018 20:57:04	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 22:10) *Aut. ped. 16/04/2018*

PI CORRETORA DE SEGUROS

Trauma em L. sup + joelho D

20 JUL 2018

06h. Dor + edema

ORVAT

Perfuro OK Xk 10

RAIO-X REALIZADO
DATA: 16/04/2018
Técnico: *[assinatura]*

PA: _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____
----------------	--------------	-----------

Diagnóstico inicial: *Fratura ploto tibial D.*

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
o - encaixado pl. - C.C.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / / **HORA:** : : **Procedimento:** **CID:**

*Dr. João Carlos C. de Paula
Ortopedista Traumatologista
CRM-PI 3284 ROTE: 11283*

Caroline Leite Vas
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
 SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <i>Oswaldina Lima Leite</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura - luxação pelvis direita</i>		
Operação - Tipo <i>Redução + fixador externo</i>		
Cirurgião <i>Dr. Ferdinand Ferjend</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador <i>Flores</i>	Anestesiologista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>16/04/18</i>	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente em DTH sob anest. g. 2. Anest. e antisept. + campos estéis 3. Redução momentânea + fixador externo trans-articular 4. curativos 		



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____
 Proc. Nº _____
 Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 16 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Isvaldina Lima Leit</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>473872</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Fixação de plátô fibial "A"</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ferdinand</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: _____	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Eduardo</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Flo</u>	CPF Nº:

Dr. Ferdinand Freitas
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Ombro e Cotovelo
 CRM-PI 3096 - RCT- 11020

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletradas - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>Escaças - 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Exupom 02</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Luciana Fontenele</u>			
PROLENE							

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assessora



NOME DO PACIENTE <i>Ornelina Maria Leite</i>		PRONTUÁRIO <i>473872</i>	D. NASCIMENTO <i>02/09/67</i>	CLÍNICA <i>ORLO P</i>	ENE 09 APT. <i>236</i>	LEITO <i>208</i>
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>POZ Fixador Externo pelvis Brink</i>		ALÉRGICAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: <i>16/09/18</i> HORA: <i>13:00</i>		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
<ol style="list-style-type: none"> <i>Dieta livre qñ alta da RA</i> <i>270,9x 500 ml EV 12/24.</i> <i>Dipirona 01 amp EV 6/6.</i> <i>Tilatil 01 amp EV 12/24.</i> <i>Ranitidina 60 amp EV 8/8.</i> <i>Cefotaxime 1g EV 6/6.</i> <i>Clean 90mg SC 1x/dia</i> 		<p><i>Ediana Nogueira</i> NUTRICIONISTA CRM-3116</p>		<p><i>09:30 Paracetol admitido</i> <i>na enferma observada</i> <i>na PO de recuperação + flocos</i> <i>com dieta em pelvis.</i> <i>conservada, ou na tabela,</i> <i>laxer, alpruca, sem</i> <i>queros no momento.</i> <i>denonhar DU, NPS e</i> <i>energia medicamentosa</i></p>		
<p><i>D^o Ferdinand Freitas</i> Ortopedia e Traumatologia Clínica do Dia e a-Cotivido CRM-PT 3096 TEOT-11020</p>		<p>RAIO-X REALIZADO DATA <i>17/09/2018</i> Técnico: <i>G</i></p>				



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 centro cirúrgico

Nome do Paciente: Oswaldino Lima Neto
 Diagnóstico pré-operatório: Fract. clavícula direita
 Operação - Tipo: 170 Cin
 Cirurgião: Dr. Jamerson M. de L. Filho
 1º Assistente: [Assinatura]
 2º Assistente: [Assinatura]
 3º Assistente: [Assinatura]
 Instrumentador(a): [Assinatura]
 Anestesiologista: [Assinatura]
 Anestesia: [Assinatura]

Dr. Jamerson M. de L. Filho
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PI 3270 / CRM-PA 7002 / TEST 11000

Data da Operação: [Assinatura] Início: [Assinatura] Fim: [Assinatura]
 Diagnóstico Pós-operatório: [Assinatura]
 Relatório Imediato do Patologista: [Assinatura]

Acidente Durante a Operação: [Assinatura]

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

- 1) Paciente em ddh sob raqui-anestesia
- 2) Acesso por Acesso. Colocação de compos cir
- 3) Incisão Medial 3 cm
- 4) Dissecção por planos
- 5) Redução + fixação com placa em 2 + parafusos
- 6) Lavagem + sutura

Dr. Jamerson M. de L. Filho
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PI 3270 / CRM-PA 7002 / TEST 11000



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/04/2018

NOME DO PACIENTE: <u>Oswaldina Lima Leite</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>473879</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jamerson</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Adriano</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>E. Azevedo</u>	CPF Nº:

Dr. Jamerson M. de L. Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2070 / CRM-TO 7001 / TEST 1199

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>6,5, 7, 10 e 7,5</u>	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>8,0 e 8,5</u>	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	30	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Cooper</u>		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	02		CIRCULANTE: <u>E. Azevedo</u>			
PROLENE							

Dr. Jamerson M. de L. Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2070 / CRM-TO 7001 / TEST 1199

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 85 3218 5145

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDINA LIMA LEITE (Prontuário: 473672)**
Endereço: CONJ RES AMOR QD G CS 16 - FIPRISA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 54280-000
Nascimento: 02/09/1967 Idade: 50a9m21d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 212422
Requisição: 830368 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1027143 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 248

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 17/04/2018

JOELHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva na tíbia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tíbia proximal com fixação metálica.

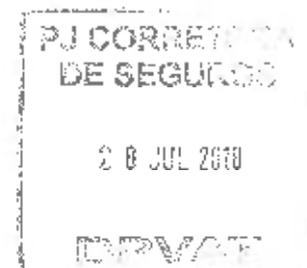
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/06/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.585 043-20 CRM-PI 2687

Professional Responsavel



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otlo Tiso 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNEQ: 05.523.917/3022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDINA LIMA LEITE** (Prentuário: 473872)
Endereço: CONJ RES AMOR QD G CS 16 - FIPRISA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000
Nascimento: 02/09/1967 Idade: 50a9m7d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 650458
Requisição: 830265 Solicitação: 16/04/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1027035 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 16/04/2018

PERNA DIREITA

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

- Fratura cominutiva recente articular no platô tibial com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Madencão - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CNP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0020-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDINA LIMA LEITE** (Prontuário: 473872)
Endereço: CONJ RES AMOR QD G CS 16 - FIPRISA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000
Nascimento: 02/09/1967 Idade: 50a9m7d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660458
Requisição: 830265 Solicitação: 16/04/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1027034 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 16/04/2018

JOELHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva recente articular no platô tibial com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional Responsável

REGISTRO GERAL 853.590

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

OSVALDINA LIMA LEITE VERAS

DATA DE EXPIRAÇÃO 14/01/13

MARIA ELISA LIMA LEITE

OSVALDO LIMA LEITE

TERESINA-PI

DOC. ORIGINAL

GERT CASAM. 282 L. 13-B. F. 282

EXP. ALTOS-PI 11/06/92

450.617.933-15

LEI Nº 7.118 DE 20/06/83 - DECRETO Nº 68.200/83

02/09/1967

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DEUS MARTINS



Osvaldina Lima Leite Veras

02/09/1967

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

OSVALDINA LIMA LEITE

DATA NASC.: 02/09/1967

704 1072 9273 2050



SUS

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PJ CORRETORA DE SEGUROS

20 JUL 2010

DPVAT

ANTONIO ARAUJO DA SILVA
01160514

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - João de Deus Maranhão

CANTERA DE IDENTIDADE




DPVAT

20 JUL 2018

PJ CORRETORA DE SEGUROS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.084.501 DATA DE EMISSÃO 21/01/13

NOME ANTONIO ARAUJO DA SILVA

RELACÃO

NACIONALIDADE ANTONIA SOUSA ARAUJO FRANCISCO SOARES DA SILVA NETO DATA DE NASCIMENTO 12/06/1980

LOCALIDADE CAMPO MAIOR-PI

CERT. MASC. 59591 L A50 F 155W

CPF EXP CAMPO MAIOR-PI 11/09/98

914.187.203-72

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 85.260/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DIETRAM - PI Nº 012825477984
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01145926212 RENTR 2018 EXERCICIO 2018

NOME OSVALDINA LIMA LEITE VERAS

CPF/CNPJ 45061793315 PLACA OED-6361

PLACA ANT/UF - CHASSI 9C2JB0100JR024577

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB. 2018 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL 02P/0109CC CATE. AGRIC. PARTIC. COR PREDOMINANTE BRANCA

I P V A	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS
	****	0	1º
	FADA LPVA	PARCELAMENT./COTAS	2º
	00000000		3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) PAGO DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
PBT: 000.24
ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL CAMPO MAIOR DATA 03/04/2018

ASSO. MANTEN. DO ARRO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DIETRAM - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO PORTEO CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012825477984 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2018 DATA EMISSAO 03/04/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 45061793315 PLACA OED-6361

RENAVAM 01145926212 MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2018 DATA 2018 Nº CHASSI 9C2JB0100JR024577

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) 074,53 IOF (R\$) 008,27 CUSTO DO SEGURO (R\$) 082,78

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 IOF (R\$) 000,64 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 170,39

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITACAO 16/03/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-84
www.seguradoralider.com.br

PI CORRETORA
DE SEGUROS
20 JUL 2018
DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 450.637.933-15	Nome completo da vítima OSVALDINA LIMA LEITE VERAS
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo OSVALDINA LIMA LEITE VERAS		CPF titular da conta 450.637.933-15	Profissão Aux. ADMINISTRATIVA
Endereço RESIDENCIAL AMOR E-16 Q-6		Número	Complemento CASA
Bairro FRIPESA	Cidade CARIACI-MACOR	Estado PI	CEP 64.280-000
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA
 ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome <input type="text"/>		BANCO NRO <input type="text"/>		BANCO Nome <input type="text"/>		BANCO NRO <input type="text"/>	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>		AGÊNCIA D.V. <input type="text"/>		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>		AGÊNCIA D.V. <input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Cariací-MACOR-PI, 17 de JULHO de 2018
Local e Data

PI CORRETORA
DE SEGUROS
20 JUL 2018
DPVAT

Osvaldina Lima Leite Veras
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000846/2018-36

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 14/06/2018 - 11:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE CAMPO MAIOR

Data/Hora

16/04/2018 - 14:15

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

CENTRO

Endereço

RUA BENJAMIM CONSTANTE COM CAPITÃO MANOEL OLIVEIRA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: OSVALDINA LIMA LEITE VERAS

RG: 853580 SSP PI

Mãe: MARIA ELISA LIMA DE CARVALHO

Pai: OSVALDO LIMA LEITE

Endereço: QUADRA G, CASA 16, Nº

Complemento: RESIDENCIAL AMOR

Bairro: FRIPISA

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9472-7139

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

OSVALDINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU NESTA DELEGACIA PRA COMUNICAR QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS A VÍTIMA ESTANDO A PILOTAR SUA MOTO NO CENTRO DA CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI NO CRUZAMENTO DAS RUAS BENJAMIM CONSTANTE E CAP. MANOEL OLIVEIRA INVADE A PREFERENCIAL DA VÍTIMA UM MOTOQUEIRO NÃO IDENTIFICADO E COLIDIU COM A MESMA, QUE ELE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA, QUE POPULARES ACIONARAM O SAMU QUE O PEGARAM E LEVARAM AO HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR-PI ONDE FOI ATENDIDA PELO MÉDICO PLANTONISTA DR. SALMO MELO CRM-PI 3113, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDA NO MESMO DIA PRA O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA-PI (H.U.T), QUE APÓS EXAMES FOI CONSTATADO FRATURA NO PLATÔ TIBIAL DIREITO, QUE FICOU INTERNADA PRA TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA, QUE A MOTO EM QUE ANDAVA POSSUI OS SEGUINTE DADOS: CÓD. RENAVAM 01145926212, PLACA - OED - 6361 CAMPO MAIOR-PI, MARCA/MODELO HONDA POP 110I, COR BRANCA, ANO FAB. 2018/2018, CHASSI 9C2JB0100JR024577 EM NOME DA VÍTIMA OSVALDINA LIMA LEITE VERAS. NADA MAIS A DECLARAR.

[Assinatura]
 Pedro Alves Da Silva Filho - Mat. 1084267
 AGENTE DE POLÍCIA

[Assinatura]
 OSVALDINA LIMA LEITE VERAS - Noticiante
 Responsável pela Informação

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 28 JUL 2018
 DPVAT

Delegado de Polícia



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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local																				
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital																					
Local da Ocorrência	10 Endereço																								
	11 Bairro	12 Município-UF		Código IBGE																					
	13 Ponto de referência																								
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo																				
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?																					
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência																								
	<table border="0" style="width:100%; font-size: small;"> <tr> <td>01 - Acidente de transporte</td> <td>05 - Tentativa de suicídio</td> <td>11 - Queda</td> <td>18 - Outros</td> </tr> <tr> <td>02 - Agressão física-espargamento</td> <td>07 - Envenenamento</td> <td>12 - Urgência clínica</td> <td>17 - Já removido</td> </tr> <tr> <td>03 - Agressão física-FAF</td> <td>08 - Afogamento</td> <td>13 - Urgência obstétrica</td> <td>14 - Transferência</td> </tr> <tr> <td>04 - Agressão física-FAB</td> <td>09 - Queimadura</td> <td>15 - Exames complementares</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05 - Urgência psiquiátrica</td> <td>10 - Choque elétrico</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					01 - Acidente de transporte	05 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	18 - Outros	02 - Agressão física-espargamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	14 - Transferência	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	15 - Exames complementares		05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico		
01 - Acidente de transporte	05 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	18 - Outros																						
02 - Agressão física-espargamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido																						
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	14 - Transferência																						
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	15 - Exames complementares																							
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico																								
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Mão de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança																					
	<table border="0" style="width:100%; font-size: x-small;"> <tr> <td>1 - Pedestre</td> <td>1 - A pé</td> <td>5 - Ônibus/Micro-ônibus</td> <td>1 - Automóvel</td> <td>5 - Objeto fixo</td> <td rowspan="5"> <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança </td> </tr> <tr> <td>2 - Condutor</td> <td>2 - Automóvel</td> <td>6 - Outro</td> <td>2 - Motociclista</td> <td>6 - Animal</td> </tr> <tr> <td>3 - Passageiro</td> <td>3 - Motociclista</td> <td>9 - Ignorado</td> <td>3 - Ônibus/Micro-ônibus</td> <td>7 - Outra</td> </tr> <tr> <td>9 - Ignorado</td> <td>4 - Bicicleta</td> <td></td> <td>4 - Bicicleta</td> <td>9 - Ignorado</td> </tr> </table>					1 - Pedestre	1 - A pé	5 - Ônibus/Micro-ônibus	1 - Automóvel	5 - Objeto fixo	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	2 - Condutor	2 - Automóvel	6 - Outro	2 - Motociclista	6 - Animal	3 - Passageiro	3 - Motociclista	9 - Ignorado	3 - Ônibus/Micro-ônibus	7 - Outra	9 - Ignorado	4 - Bicicleta		4 - Bicicleta
1 - Pedestre	1 - A pé	5 - Ônibus/Micro-ônibus	1 - Automóvel	5 - Objeto fixo	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança																				
2 - Condutor	2 - Automóvel	6 - Outro	2 - Motociclista	6 - Animal																					
3 - Passageiro	3 - Motociclista	9 - Ignorado	3 - Ônibus/Micro-ônibus	7 - Outra																					
9 - Ignorado	4 - Bicicleta		4 - Bicicleta	9 - Ignorado																					
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA		24 Sinais Vitais																			
	1 - Nenhuma 2 - À voz 3 - Espontânea 4 - Abertura ocular		1 - Nenhuma 2 - Palavras incompreensíveis 3 - Palavras inapropriadas 4 - Confusa 5 - Orientada	1 - Nenhum 2 - Extensão anormal 3 - Flexão anormal 4 - Movimento de retirada 5 - Localiza dor 6 - Obedece a comandos	25 Local de lesão 																				
	26 Pupilas		29 Dor		24 Sinais Vitais Pulso: _____ Resp: _____ PA: _____ TAX: _____ SatO2: _____																				
	1 - Iguais 2 - Desiguais		ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor --- 1 Leve --- 3 Moderada --- 7 Intensa --- 10																						
27 Pulso		30 Fratura		25 Local de lesão 2 - Adm. 3 - Suspeito																					
1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim Exposta Fechada																							
28 Sangramento		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)																							
1 - Sim 2 - Não		<table border="0" style="width:100%; font-size: x-small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aspiração</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades</td> <td><input type="checkbox"/> Glicemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oxigênio</td> <td><input type="checkbox"/> Colar cervical</td> <td><input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar</td> <td><input type="checkbox"/> Acesso Venoso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curativos</td> <td><input type="checkbox"/> Kued</td> <td><input type="checkbox"/> Assistência obstétrica</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos a)</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Kued	<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Medicamentos a)								
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Glicemia																						
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso																						
<input type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Kued	<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Medicamentos a)																						
32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada																							
_____ Não Removido		1 - Malherado 2 - Plorando 3 - Inalterado																							
34 Óbito		34 Observações Interdisciplinar																							
1 - Sim 2 - Não		1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte																							
Responsável pela recepção: _____ Socorristas Médico: _____ AEMT: _____ Enfermeiro Conduzidor: _____																									