

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010022321-4

Nr. da Autenticação 21996B14F99CB4C7

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2015

Carta nº: 7475883

A/C: MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA

Sinistro: 3150359222
Vítima: MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA
Data Acidente: 30/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

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: **MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **000000788-9**

Conta: **000010022321-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150359222 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO UMERAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DA ELEVACÃO LATERAL E DA ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO ASSOCIADA A REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E POSTERIOR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DO MATERIAL METÁLICO DE FIXAÇÃO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Adriano Rocha Alencar

CRM do médico: 3329

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

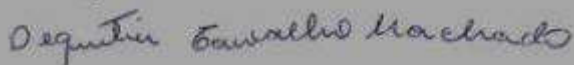
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA** Sinistro: **3150359222** Data: **30/06/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **R. PE LEONEL DE FRANCA, SN - URBANO - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **621390**

Data local do exame: [**14/07/2015**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO COLO UMERAL DIREITO. . APRESENTA LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO LATERAL E DA ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO ASSOCIADA A REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E POSTERIOR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DO MATERIAL METÁLICO DE FIXAÇÃO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

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

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

Limitação funcional do ombro direito

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

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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


Dr. Adriano Rocha Alencar
MÉDICO
CRM-PI: 3329

Adriano Rocha Alencar - CRM: 3329 - PI



DADOS DO PACIENTE

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE	
Maurício da Cruz Henriques da Silva		63a	
ENDEREÇO:	CIDADE	UF	
Rua Rache Pimentel Freire	Elesbão Veloso	PI	
CPF:	RG:		
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
DADOS CLÍNICOS			
Lesões superficiais, vítima de acidente de trânsito com o carro em movimento.			
DIAGNÓSTICO			
DATA		ASS. CARIMBO DO MÉDICO	
30/06/14		Fca. Luzia L. Nascimento Médica CRM 3047	

CONFERE COM A C. G. G. G.

EM, 07/06/2015

DEPTº: Pessoal - H. E. N. M.

CNPJ - 06.553.564/0012-90

Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro • Fone: (86) 3285-1133 • Elesbão Veloso - PI

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

Para a Sra.

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

RUA PADRE MANOEL FRANCI S/N - SANTA CLARA * ELESBAO VELOSO - PI * 64.325-000


Rx

ATESTADO MÉDICO / DPVAT

Paciente com quadro de fratura do úmero proximal direito em 30/06/2014, foi submetida à tratamento cirúrgico em 10/07/2014 (redução aberta e fixação com placa e parafusos). Evolui com consolidação da fratura e rigidez articular, com perda da função do membro superior direito de 50% de caráter definitivo.

CID: S 42-2 / T 92-1 / M 25-6

Teresina (Pi), 16/12/2014 08:51:41


Leandro Ponce Leal
CRM - PI 2608

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: TER: 07:30 - 10:29 * QUA: 07:30 - 10:29 * SEX: 07:30 - 10:30

TELEFONE(S): 8832-1175

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

ORTOPEDIA

SUS SUS

Imp: 04/07/2014 07:09:13

MARIA BATISTA

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	Prontuário: 317338
Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO
End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - SLESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000	
Nascimento: 03/09/1950	Idade: 63a:10m:1d
Sexo: Masculino	Fone: 86-9408-8518
Responsável: EDIMAR LAURINDO DA SILVA	CNS: 898002936631124
Profissão: APOSENTADA	Documento: RG: 621390 - SSP PI
G. Instrução: Não alfabetizado	E. Civil: Solteiro(a)
End. Local: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 400958	Data: 04/07/2014 07:09:13	Condução: VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO	Convênio: S U S	
d. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não	Maus Tratos: Não	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Acidente de trânsito com vítima e condutor. Fratura de ombro D. Reduções e enfiamento.

DADOS DO PARECER:

Fratura de ombro D.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

HUT - SAME
CONFERE COM
TERESINA, 04/07/14
SERVIDOR:
Dr. Cláudio Moura
CRM / PI 3140

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ESPECIALISTA:

ORTOPEDIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Exame trauma no ombro D com dor e limitação funcional. Ex com picture dividida com indicação cirúrgica. cd: Indicação para cirurgia

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3095 - PE

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

542.2
0408060190

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FMS

SUS

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTO-
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARAIH : 221410156666-6
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Orgão Emissor: M221100001

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

NASCIMENTO
03/09/1950

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

2- Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

D. LIBERA: 14/07/2014

DT. LAUDO: 10/07/2014

PROCED.: 0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE
OP. SIST: CLIDENOR
CID: 8422PILARUS S.M.S. MACEDO
CRM-PI 2256 - CPF: 483.297.853-91
CNS 124234913570008la
ão:

030

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

6 - Prontuário: 317338

7-CNS: 898002936631124

8-Nascimento: 03/09/1950

9-Sexo: Masculino

RG: 621390 - SSP PI

11-Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA

12-Fone: 86-9408-8518

13-Respi: EDIMAR LAURENDO DA SILVA *Volta a man e ve*

14-Cor: Parda

15-Endr: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000

16-Muniv: ELESEAO VELOSO

17-Cod. IBGE: 220350

18-UF: PI

19-CEP: 64325-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

*Transtorno no membro D e L
e instabilidade*

21 - Condições que justificam a internação:

in unio

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

Bom Exame Radiográfico

23-Diagnóstico inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

8422

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- Procedimento Solicitado:

0408060190

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

25-Clinica:

Ortopedia

30-Classe: 02

01

CPF

167.786.998-41

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LEANDRO PONCE LEAL

34-Data Solicitação:

10/07/2014

*Un. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2608*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Tráfego

40- () Violência por Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Aposentado

() Desempregado

() Aposentado

() Não

AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

10/7/14

48- Documento:

() CNS () CPF

49- Num. Documento:

Regist. Costa Marques
Médico ORTOPEDIA
CRM-PI 2256 - CPF: 483.297.853-91
CNS 124234913570008

50- Ass. Contábil (Rg. Contábil):


51- Assinatura Paciente ou Responsável:

1. Maria da Cruz Clarindo da Silva

Data: 10/07/2014 08:50:34

HUT - SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI 04/11/14
LEANDRO: *[assinatura]*ARIANA SEGUROS
29 JUN 2015

ORTO-237/252

	ORIGEM: () HALL	DATA DE NASCIMENTO			SEXO					
	POSTO: _____	DIA	MÊS	ANO	1-M/2-F					
	CLÍNICA: _____									
EMERGÊNCIA: _____										
NOME: <u>Maria da Cruz</u>										
PÓS OPERATÓRIO										
CIRURGIA REALIZADA: <u>fratura de osso (D)</u>										
DATA: <u>10/07/14</u>		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>09:00</u>								
TIPO ANESTESIA: <u>B.B.</u>										
S.V.R	HORÁRIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	<u>123/60</u>									
F. CARDÍACA	<u>90</u>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXÍMETRIA	<u>100%</u>									
NOME/ MATRÍCULA	<u>Regina</u>									
2- EXAME FÍSICO										
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM		ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA		
CONSCIÊNCIA										
BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A		() BOM								
INTERVALOS		() REGULAR								
REGULAR: OBEDECE A COMANDOS		() RUIM								
RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS										
(INSCIENTE)										
ATIVIDADE MOTORA										
BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES		() BOM								
VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS		() REGULAR								
REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO		() RUIM								
DOBRA JOELHO										
PARALISIA TOTAL										
RESPIRAÇÃO										
BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() BOM								
REFLEXO DA TOSSE		() REGULAR								
REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA		() RUIM								
RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA										
PELE										
BOM: ROSADA/ AQUECIDA		() BOM								
REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO		() REGULAR								
TOQUE		() RUIM								
RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE										
PERFUSÃO										
BOM: RETORNO SATISFATÓRIO		() BOM								
REGULAR: RETORNO DIFICULTADO		() REGULAR								
RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO		() RUIM								
ASPECTO CURATIVO										
BOM: LIMPO/ SECO		() BOM								
REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE		() REGULAR								
SANGUE		() RUIM								
GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE										
NOME/ MATRÍCULA: _____										

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, P. 09/11/14
SERVIDOR: _____

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executorante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	111030

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	6 - Prontuário: 317338
7-CNS: 898002936631124	8-Nascimento: 03/09/1950
9-Sexo: Masculino	RG: 621390- SSP PI-Exp:
11-Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	12-Fone: 86-9408-8518
13-Resp: EDIMAR LAURINDO DA SILVA	14-Fone: 86-9408-8518
15-Ende: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000	
16-Munic: ELESBAO VELOSO	17-Cod. IBGE: 220350
18-UF: PI	19-CEP: 64325-000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proced. Anterior	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
21-Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
27-CPM-118	26-Diagnóstico:
28-CPM-119	29-CPM-120

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:
0408060190	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
31-Cod. Procedi- mento Especial:	32 - Descrição do Procedimento Especial:
0702031003	PLACA EM T 4.5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Soli- cidada: 1

38-Nome Profissional Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 10/07/2014	40-No. Doc. Med. Solic.: 167.786.998-41

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2608
Associação Med. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa do meu pedido

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	52-CNS/CPF:
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	ARUANA SEGUROS
		29 JUN 2015
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(CARTÃO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 10/7/14

NOME DO PACIENTE: <u>Marta da Cruz C da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>312/338</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Furcula snob humer</u>	CIRURGIA: <u>osteotomia</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>03</u>
CIRURGIÃO: <u>Leandro P. Leão</u> Dr. Leandro Ponce Leão	CPF Nº: <u>67 786 998-41</u>
AUXILIAR: <u>Ortopedia e Traumatologia</u>	CPF Nº:
ANESTESISTA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Fátima Barros</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	1	
AGULHA 30x8	UNID.	2		LUVA Nº 7.5	PAR	2	
AGULHA 40x12	UNID.	2		LUVA Nº 7.0 e 8.0	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	3		SERINGA 20CC	UNID.	2	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC 10-20	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	3	
GASES	PAC.	3		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: <u>Poliesterpoint S</u> HUT - SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI 04/11/14 SERVIDOR: <u>[Assinatura]</u>			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0		2		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Inácio</u>			
VICRYL 2.0		2					
PROLENE							

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT		317338	Ortopédica	237	252	
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA/HORA	DI	OBSERVAÇÕES				
12/07/14	04/07/2014	09:20' Alta por ordem médica				
1	Dieta p/ diabético					
2	Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 12/12hs					
3	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 / 12hs					
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
5	Glicemia capilar de 6/6h					
6	Insulina regular conforme esquema:					
7	150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UI SC					
8	301-350 8UI SC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC					
9	glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 70mg/dl					
10	glibenclâmida 5mg VO 1x dia					
11	Cuidados gerais e sinais vitais					

HUT - SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 TERESINA P. 04/11/14
 SERVIDOR:

ARUANA SEGUROS
 29 JUN 2015

Dr. Turi Inácio Félix
 Ortopedia e Traumatologia

Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
 Ortopedia e Traumatologia

Dr. Ricardo S. Valença
 Ortopedia e Traumatologia

CCM 2115 10P 10/03

29/07/2014

CCM 3367

CCM 2200-11/11/14

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA		317338	Ortopédica	237	252	
DATA-HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DI : 04/07/2014		FRAT ÚMERO PROXIMAL D				
11/07/14						
1	Dieta p/ diabético					24:00 Verificado
2	Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 12/12hs					Quelme Corral
3	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					19:55 mgtdl - Ok
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					16:00 Verificado
5	Glicemia capilar de 6/6h					Quelme Capilar
6	Insulina regular conforme esquema:					10:00 mgtdl - Ok
7	150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UI SC					
8	301-350 8UI SC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC					
9	glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 70mg/dl					
10	glibenclâmida 5mg VO 1x dia					
11	Cuidados gerais e sinais vitais					
29 JUN 2015		DURVAL TAVARES RO + 49 60 22127 (SUSPENSO)				
ARUANA SEGUROS		DURVAL TAVARES RO + 49 60 22127 (SUSPENSO)				
29 JUN 2015		DURVAL TAVARES RO + 49 60 22127 (SUSPENSO)				

HUT - SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR: 09/11/14

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

Dr. Yuri Inácio Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 3636

Dr. Durval Tavares R.O.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 3636



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

CAVAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	Ortopédica	HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
10/07/14		POI				
1		Dieta livre após efeito anestésico				
2		Soro Glicosado 5% 1000ml + SF 0,91% 1000ml EV p/ 24 h				
3		Keflin 1g + 10 mL 6/6h				
4		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6h				
5		Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12h				
6		Nubain _ 01 amp + AD EV 12/12h SOS				
7		Ranitidina _ 01 amp + AD EV 8/8h				
8		Curativos Diários				
		HLUT - SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI SERVIDOR: 04/11/14				
		Securado: copiar 4/6h				
		Instituto R conforme exame				
		0 - 200 = p 301 - 350 = 601				
		201 - 250 = 201 351 - 400 = 80				
		251 - 300 = 401 749 - 1001				
		6h em dorado 5g - 1cp VO 1 vez/dia				
		CCO				
		Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM-2603				

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015




A. FALDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	DATA-HORA CÓDIGO	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
WALLA DA CUNHA		LA SILVA	Ortopédica			
PRESCRIÇÃO MÉDICA						RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
						HORÁRIOS
						OBSERVAÇÕES
10/07/14						
POI						
1	Dieta livre após efeito anestésico					
2	Soro Glicosado 5% 1000ml + SF 0,91% 1000ml EV p/ 24 h					
3	Keflin 1g + 10 mL 6/6h					
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6h					
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12h					
6	Nubain _ 01 amp + AD EV 12/12h SOS					
7	Ranitidina _ 01 amp + AD EV 8/8h					
8	Curativos Diários					
Galeria capilar 6/6h						
Bastão 2 conforme apêndice						
D - 200 = 0 301-350-601						
201-250-201 351-400-80						
251-300-401 401-1001						
Gel hidroalcoólico Sig-1 cp VO 1 vez/dia						
(6)						
ARUANA SEGUROS						
29 JUN 2015						
Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia						

SUMÁRIO DE ALTA

 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT Rua Dr. Orlando Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872 TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CREA: 05.522.917/0022-02	Prontuário: 317338
	Internação: 111030

Nome: **MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA**

End. Resid.: **RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA**

Cidade: **ELSEBAO VELOSO - PI** CEP: **64325-000**

Sexo: Masculino	Nascimento: 03/09/1950	Idade: 63a:10m:7d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: APOSENTADA
--------------------	---------------------------	----------------------	------------------------------	--------------------------

Internação		Alta		Permanência
Data 10/07/2014	Hora 08:50	Data / /	Hora :	

Diagnósticos:

CID Principal: **fusão osso peroneal (D)**

CID Secundário: **fusão osso peroneal (D)**

CID Causa Morte:

Cod. CID:				
	5	4	2	2

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

Bom

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Bom

MEDICAÇÕES:

QUIRURGIA: Data: **10/7/14** Tipo: **Osteotomia**

Osso peroneal (D)

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão

() Óbito () Transferência outro serviço

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

HUT - SAME
CONFERE COM O ORL
TERESINA, PI 04/11/14
SENAADOR: **R**

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUTRua Dr. Otto Tilo 1020 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

317338

Internação:

111030

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA				
End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA				
Cidade: ELESBAO VELOSO - PI			CEP: 64325-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 03/09/1950	Idade: 63a:10m:7d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: APOSENTADA
Admissão: 04/07/2014	G. Instrução: Não	Fone: 86-9408-8519	Cartão SUS (CNS): 298002936631124	Procedência: ELESBAO VELOSO
Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO			Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	
Responsável: EDINAR LAURINDO DA SILVA				
End. Responsável: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA ELESBAO VELOSO - PI 64325-000				
Documento: RG: 621390 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 10/07/2014	Hora: 08:50	Data: / /	Hora:	P.A. TEMPORÁRIO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0408060190 - INTERTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ				
CID 10: S422 - Fratura da extremidade superior do úmero				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento:				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
<div>HUT - SAME CONFERIR COM O ORIGINAL TERMINAL SERVIDOR: 04/11/14</div>				
Exames Realizados:				

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

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

ARUANA SEGUROS**29 JUN 2015**

ESCALA DE PREVENÇÃO DE RISCO DE QUEDA

enf 237 L:25

PACIENTE	Nº PRONTUÁRIO	LOCALE DATA
Maria da Cruz Cláudio da Silva	317338	11/07/14

Risco para Queda – assinalar todos os itens de riscos identificados.

- ☐ Idade menor ou igual a 5 anos
- ☒ Idade maior ou igual a 60 anos
- ☐ Com déficit sensitivo (visão, tato, audição)
- ☐ Com distúrbios neurológicos (crises convulsivas, etc...)
- ☒ Com distúrbio metabólico (diabetes descompensada/alteração de exames bioquímicos)
- ☐ Incontinência urinária ou intestinal?
- ☐ Fazendo uso de sedativos e/ou pós anestésico
- ☐ Com dificuldade de marcha
- ☐ História de queda: onde aconteceu - ☐ Residência ☐ Hospital ☐ outros _____

☐ **Risco Moderado** – Quando houver de um(1) a três(3) itens assinalados

☒ **Alto Risco** – Quando qualquer dos itens abaixo estiverem assinalados

1. Idade maior ou igual a 60 anos ou Idade menor ou igual a 5 anos
2. História de queda anterior
3. Quatro(4) ou mais itens assinalados

Procedimento:

Risco Moderado de Queda

- Sinalizar o prontuário com carimbo **Risco de Queda**
- Identificar o paciente com a pulseira amarela
- Intervenções padrão de prevenção de quedas

Alto Risco de Queda

- Sinalizar o prontuário com carimbo **Risco de Queda**
- Identificar o paciente com a pulseira amarela
- Intervenções de prevenção de quedas de alto risco

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 09/11/14
SERVIDOR: *[assinatura]*

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

DATA/HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA DO RISCO DE QUEDA - NSP

14:20 Admitida e avaliada com identificação com alto risco de queda

RISCO DE QUEDA

Evidenciado por idade, e com distúrbio metabólico com identificação de risco de queda. Acd: claudenice

1ª AVALIAÇÃO

11/07/14

2ª AVALIAÇÃO

11/11

HUT - SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TELEFONA, 04/11/14
SERVIDOR

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

FHT

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

SUS



BOLETIM CIRÚRGICO

NOME Marina da Cruz C da Silva Nº DO REGISTRODIAGNÓSTICO PR-OPERATÓRIO Fratura ungueal proximal (5)DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO o mesmo

INÍCIO HS TÉRMINO HS DURAÇÃO

OPERADOR o mesmo

AUXILIAR 1º

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

Dr. Aldo José de Silva
Médico Anestesiologista
CRM-PI 2482

INSTRUMENTADOR

CID - S42-2
PNUC: 0408060190

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Prete e codino da perna; curvas e aderências
com os tendões; tendão antero-lateral; diminuição por
osteotomia do osso, fratura do fôco e perfuração
sobre o fôco; antero

CIRURGIA CANCELADA (MOTIVO)

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2608

CONDIÇÕES AO SAIR DA SALA

TEMP PULSO RESP PR ART MAX MIN

OBSERVAÇÕES:

HUT - SAME
CONFERE CCM
04/11/14
SERVIDOR

RECÉM NATO

() MASC () VIVO () A TERMO () ÚNICO
() FEM () MORTO () PRÉ-TERMO () GEMELAR
() PÓS-TERMO

APGAR 1º

5º

NOME DO MÉDICO

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



212

UNIDADE DE SAÚDE

FUNDACIÃO HOSPITALAR DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: <i>Maria da Cruz Almeida da Silva</i>		Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>12/08/2014</i>	P. ARTERIAL: <i>90/60</i>	PULSO: <i>90</i>	RESPIRAÇÃO: <i>20</i>
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO: <i>O+ Rh-</i>	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINA
EXAMES DE URINA	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <i>Normal</i>		
SISTEMA CIRCULATÓRIO	SISTEMA RESPIRATÓRIO: <i>Normal</i>		
SISTEMA DIGESTIVO	SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL	DIAGNÓSTICO		
PRÉ-OPERATÓRIO	PRÉ-MEDICAÇÃO		
(AGENTES DOSES)	TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	LÍQUIDOS	
TEMPERATURA	P. ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	
INÍCIO E FIM ANESTESIA		INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	
RESPIRAÇÃO		SÍMBOLOS	
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERADORES		CIRURGIÕES	
ANESTESISTAS		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA	
PARTICULARIDADES		IMEDIATAS	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	317338	Ortopédica	237	252	
DATA/HORA CÓDIGO	PREScrição Médica		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
08/07/14	FRATÚMERO PROXIMAL D				12:00 verificado glicemia capilar = 98 mg/dl Tec. para Rhiso - 13:30 arcinergia sus- penso (Agudada ei- núpia p/ 6º feira). S.O. no HPM. Solicitamos entregas no S.S. Jussara Hoffmann 18:00 verificado glicemia capilar = 235 mg/dl corrigido com 04 U de insulina Regular. De-presur - 06:04. Verificado glicemia capilar 158 mg/dl. Os medicamentos elaborados não foram encontrados na farmácia - R. B. e
1 Dieta p/ diabético ✓					
2 Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 12/12hs					
3 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					
4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
5 Glicemia capilar de 6/6h					
6 Insulina regular conforme esquema:					
7 150-200 UI SC; 200-250 4UI SC; 251-300 6UISC					
8 301-350 8UISC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC					
9 glicosse 50% 4amp EV se glicemia ≤= 70mg/dl					
10 glibenclamida 5mg VO 1x dia					
11 Cuidados gerais e sinais vitais					

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERCEIRO DIA
SERVIDOR: 04: 11/14
RKA

Cirurgia suspensa
Soluto transfere ao
Hospital da Blúcia

Ortopedia Traumatologia
CRISTIANE MACHADO
CRM 15.115

DR. ARJANA SEGUROS
29 JUN 2015

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA** (Prontuário: 317338)
Endereço: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 03/09/1950 Idade: 64a:0m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 110571
Requisição: 440169 Solicitação: 10/07/2014 Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
Controle: 559500 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 252

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 10/07/2014

OMOPLATA OU OMBRO

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

- FRATURA NO COLO UMERAL ALINHADA FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 20/09/2014

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT - SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI 04/11/14
SERVIDOR: *[assinatura]*

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nome: Maria da Cruz Clarindo da Silva

Assinatura: Maria da Cruz Clarindo da Silva

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigível por todos os atos legais previstos na legislação vigente.

ASSINATURA

MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 17/06/98

UF: PI

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

Filiação: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA

Naturalidade: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO

DOC. ORIGEM: ELESBAO VELOSO-PI

CERT. NASC. 5366 L AIS F 99EV

EXP. ELESBAO VELOSO-PI-04/09/98

TEREINHA - PI

849.185.193-34

DATA DE NASCIMENTO: 03/09/1950

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

No caso de problemas na recepção ou conferência desta documentação, favor retorná-la para:

ARUANA SEGUROS S/A
Rua Visconde de Pirajá 547 Sala 802 - Ipanema
Rio de Janeiro - RJ - CEP 22410-900



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE	
Maurício da Cruz Henriques da Silva		63a	
ENDEREÇO:	CIDADE	UF	
Rua Rache Prémil Freixo	Eleutério Zibon	PA.	
CPF:	RG:		
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
DADOS CLÍNICOS: lesões superficiais na face de acidente de trânsito (motocicleta) e dor em todo o corpo			
DIAGNÓSTICO			
DATA: 30/06/14		Fca. Luzia L. Nascimento Médica CRM 3047 ASS. CARIMBO DO MÉDICO	

CONFERE COM O PACIENTE
EM: 07/07/2015
DEPTº: Pessoal - H. E. N. M.
CNPJ - 06.553.564/0012-90

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015



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, MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 621390EXPEDIDO POR SSP - PIEM 1 / 1 / 1 ECPF 849183193-34 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO RURAL

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0788-9 N° da CONTA (com dígito, se existir) 022321-2

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

ELESBAQUELOSO-PI de 05de 2015

LOCAL E DATA

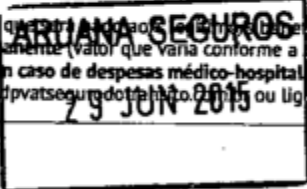
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Maria da Cruz Clara da Silva
da Silva



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Extrato de Poupança - OURO
 Agência: 0788 Conta: 00.000022321-2 Variacao: 51 Data: 01042015
 MARIA CRUZ CLARINDA SILVA
 DIARIA - CONTA SEM BLOQUEIO - PESSOA FISICA - EXTRATO NAO EMITE
 DATA D.BS HISTORICO VALOR SALDOS POR DIA BASE
 603 SDO.ANTER. 20,12C 26 20,25
 704 26 REAJ.MON. 0,03C
 704 26 JUROS 0,10C
 S A L D O 20,25C

 VLR BLOQ. 0,00

26/02/2015 - BANCO DO BRASIL - 12:07
 078815600
 COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
 EM DINHEIRO

CLIENTE: MARIA CRUZ CLARINDA SILVA
 AGENCIA: 0788-9 CONTA: 22.321-2 VAR:5
 DATA: 26/02/15
 NR. DOCUMENTO 7.881.560.000
 VALOR DINHEIRO 2
 VALOR TOTAL 2
 NR. AUTENTICACAO 0.997.722.707.3A1

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
 disciplinados pela MP. 567/2012.
 LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO
 ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

26/02/2015 - BANCO DO BRASIL - 12:07:17
 078815600 0236
 COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
 EM DINHEIRO

CLIENTE: MARIA CRUZ CLARINDA SILVA
 AGENCIA: 0788-9 CONTA: 22.321-2 VAR:51
 DATA: 26/02/2015
 NR. DOCUMENTO 7.881.560.000.251
 VALOR DINHEIRO 20,01
 VALOR TOTAL 20,01
 NR. AUTENTICACAO 0.997.722.707.3A9.711

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
 disciplinados pela MP. 567/2012.
 LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
 ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



DADOS DO PACIENTE

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE	
Maurício da Cruz Henriques da Silva		63a	
ENDEREÇO:	CIDADE	UF	
Rua Rache Pimentel Freire	Elesbão Veloso	PI.	
CPF:	RG:		
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
DADOS CLÍNICOS			
Lesões superficiais, vítima de acidente de trânsito com o carro em movimento.			
DIAGNÓSTICO			
DATA		ASS. CARIMBO DO MÉDICO	
30/06/14		Dra. Luzia L. Nascimento Médica CRM 3047	

CONFERE COM A C. G. G. G.

EM, 07/06/2015

DEPTº: Pessoal - H. E. N. M.

CNPJ - 06.553.564/0012-90

Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro • Fone: (86) 3285-1133 • Elesbão Veloso - PI

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

Para a Sra.

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

RUA PADRE MANOEL FRANCI S/N - SANTA CLARA * ELESBAO VELOSO - PI * 64.325-000


R_x

ATESTADO MÉDICO / DPVAT

Paciente com quadro de fratura do úmero proximal direito em 30/06/2014, foi submetida à tratamento cirúrgico em 10/07/2014 (redução aberta e fixação com placa e parafusos). Evolui com consolidação da fratura e rigidez articular, com perda da função do membro superior direito de 50% de caráter definitivo.

CID: S 42-2 / T 92-1 / M 25-6

Teresina (Pi), 16/12/2014 08:51:41


Leandro Ponce Leal
CRM - PI 2608

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: TER: 07:30 - 10:29 * QUA: 07:30 - 10:29 * SEX: 07:30 - 10:30

TELEFONE(S): 8832-1175

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

ORTOPEDIA

SUS SUS

Imp: 04/07/2014 07:09:13

(MARIA BATISTA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	Prontuário: 317338
Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO
End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - SLESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000	
Nascimento: 03/09/1950	Idade: 63a:10m:1d
Sexo: Masculino	Fone: 86-9408-8518
Responsável: EDIMAR LAURINDO DA SILVA	CNS: 898002936631124
Profissão: APOSENTADA	Documento: RG: 621390 - SSP PI
G. Instrução: Não alfabetizado	E. Civil: Solteiro(a)
End. Local: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 400958	Data: 04/07/2014 07:09:13	Condução: VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO	Convênio: S U S	
d. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não	Maus Tratos: Não	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Acidente de trânsito com queda de altura de 10m. Lesões em membros inferiores. Fratura de fêmur direito.

DADOS DO PARECER:

Fratura de fêmur direito.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

HUT - SAME
CONFERE COM
TERESINA
SERVIDOR
Dr. Cláudio Moura
CRM / PI 3140

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ESPECIALISTA:

ORTOPEDIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Exame clínico e radiológico de membros inferiores com fratura de fêmur direito. Indicação para cirurgia.

DADOS DO PARECER:

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3095 - PE

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

542.2
0408060190

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FMS

SUS

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTO-
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARAIH : 221410156666-6
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Orgão Emissor: M221100001

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

NASCIMENTO
03/09/1950

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

2- Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

D. LIBERA: 14/07/2014

DT. LAUDO: 10/07/2014

PROCED.: 0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE
OP. SIST: CLIDENOR
CID: 8422PILARIS S.M.S. MACEDO
CRM-PI 2256 - CPF: 483.297.853-91
CNS 124234913570008la
ão:

030

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

6 - Prontuário: 317338

7-CNS: 898002936631124

8-Nascimento: 03/09/1950

9-Sexo: Masculino

RG: 621390 - SSP PI

11-Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA

12-Fone: 86-9408-8518

13-Respi: EDIMAR LAURENDO DA SILVA *voce a manicure*

14-Cor: Parda

15-Endr: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000

16-Muniv: ELESEAO VELOSO

17-Cod. IBGE: 220350

18-UF: PI

19-CEP: 64325-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

*Transtorno do sono
e insônia*

21 - Condições que justificam a internação:

Insônia

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

Bom Exame Radiográfico

23-Diagnóstico inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

8422

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- Procedimento Solicitado:

0408060190

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

25-Clinica:

Ortopedia

30-Classe: 02

01

CPF

167.786.998-41

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LEANDRO PONCE LEAL

34-Data Solicitação:

10/07/2014

*Un. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2608*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Tráfego

40- () Violência por Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Aposentado

() Desempregado

() Aposentado

() Não

AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

10/7/14

48- Documento:

() CNS () CPF

49- Num. Documento:

Registado: Costa Marques
Médico Autor DRCA/MS
CRM-PI 2256 - CPF: 483.297.853-91
CNS 124234913570008

50- Ass. Contábil (Rg. Contábil):


51- Assinatura Paciente ou Responsável:

1. Maria da Cruz Clarindo da Silva

Data: 10/07/2014 08:50:34

HUT - SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI 04/11/14
LEANDRO: *[assinatura]*ARIANA SEGUROS
29 JUN 2015

ORTO-237/252

	ORIGEM: () HALL	DATA DE NASCIMENTO			SEXO					
	POSTO: _____	DIA	MÊS	ANO	1-M/2-F					
	CLÍNICA: _____									
EMERGÊNCIA: _____										
NOME: <u>Maria da Cruz</u>										
PÓS OPERATÓRIO										
CIRURGIA REALIZADA: <u>fratura de osso (D)</u>										
DATA: <u>10/07/14</u>		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>09:00</u>								
TIPO ANESTESIA: <u>B.B.</u>										
S.V.R.	HORÁRIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	<u>123/60</u>									
F. CARDÍACA	<u>90</u>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXÍMETRIA	<u>100%</u>									
NOME/ MATRÍCULA	<u>Regina</u>									
2- EXAME FÍSICO										
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM		ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA		
CONSCIÊNCIA										
BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A		() BOM								
INTERVALOS		() REGULAR								
REGULAR: OBEDECE A COMANDOS		() RUIM								
RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS										
(INCONSCIENTE)										
ATIVIDADE MOTORA										
BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES		() BOM								
VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS		() REGULAR								
REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO		() RUIM								
DOBRA JOELHO										
PARALISIA TOTAL										
RESPIRAÇÃO										
BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() BOM								
REFLEXO DA TOSSE		() REGULAR								
REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA		() RUIM								
RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA										
PELE										
BOM: ROSADA/ AQUECIDA		() BOM								
REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO		() REGULAR								
TOQUE		() RUIM								
RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE										
PERFUSÃO										
BOM: RETORNO SATISFATÓRIO		() BOM								
REGULAR: RETORNO DIFICULTADO		() REGULAR								
RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO		() RUIM								
ASPECTO CURATIVO										
BOM: LIMPO/ SECO		() BOM								
REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE		() REGULAR								
SANGUE		() RUIM								
GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE										
NOME/ MATRÍCULA: _____										

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, P. 09/11/14
SERVIDOR: _____

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executorante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	111030

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	6 - Prontuário: 317338
7-CNS: 898002936631124	8-Nascimento: 03/09/1950
9-Sexo: Masculino	RG: 621390- SSP PI-Exp:
11-Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	12-Fone: 86-9408-8518
13-Resp: EDIMAR LAURINDO DA SILVA	14-Fone: 86-9408-8518
15-End: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000	
16-Munic: ELESBAO VELOSO	17-Cod. IBGE: 220350
18-UF: PI	19-CEP: 64325-000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proced. Anterior	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
21-Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
27-CPM-118	26-Diagnóstico:
28-CPM-119	29-CPM-120

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:
0408060190	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
31-Cod. Procedi- mento Especial:	32 - Descrição do Procedimento Especial:
0702031003	PLACA EM T 4.5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Soli- cidada: 1

38-Nome Profissional Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 10/07/2014	40-No. Doc. Med. Solic.: 167.786.998-41

*Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2608*

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa do meu pai

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	48-CNS/CPF
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:
	52-CNS/CPF:
	ARUANA SEGUROS
	29 JUN 2015
	53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

*HUT - SAME
CONSELHO REGIONAL
TERESINA, PI
SERVIDOR*

(CARTÃO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 10/7/14

NOME DO PACIENTE: <u>Marta da Luz C da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>312/338</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Furcula suab. humeri</u>	CIRURGIA: <u>osteotomia</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>03</u>
CIRURGIÃO: <u>Leandro P. Leão</u> Dr. Leandro Ponce Leão	CPF Nº: <u>67 786 998-41</u>
AUXILIAR: <u>Ortopedia e Traumatologia</u>	CPF Nº:
ANESTESISTA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Fátima Barros</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	1	
AGULHA 30x8	UNID.	2		LUVA Nº 7.5	PAR	2	
AGULHA 40x12	UNID.	2		LUVA Nº 7.0 e 8.0	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	3		SERINGA 20CC	UNID.	2	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC 10-20	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	3	
GASES	PAC.	3		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: <u>Poliesterpoint S</u> HUT - SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI 04/11/14 SERVIDOR: <u>[Assinatura]</u>			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0		2		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Inácio</u>			
VICRYL 2.0		2					
PROLENE							

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA		317338	Ortopédica	237	252	
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
CÓDIGO						
DI: 04/07/2014		FRAT ÚMERO PROXIMAL D				
12/07/14						
1		Dieta p/ diabético ✓				
2		Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 12/12hs				
3		Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 / 12hs				
4		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs				
5		Glicemia capilar de 6/6h				
6		Insulina regular conforme esquema:				
7		150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UISC				
8		301-350 8UISC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC				
9		glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 70mg/dl				
10		glibenclâmida 5mg VO 1x dia				
11		Cuidados gerais e sinais vitais				
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ARUANA SEGUROS 29 JUN 2015 </div>				
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Dr. Turi Joojo Fêllo Ortopedia e Traumatologia</p> <p>Dr. Paulo M. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia</p> <p>Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia</p> </div> <div> <p>CRM 3167</p> <p>CRM 3167</p> <p>CRM 3167</p> </div> </div>				
		OBSERVAÇÕES				
		09:20' Alta por ordem médica				

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA P. 04/07/14
SERVIDOR: [assinatura]

[illegible]



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

CAVAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	Ortopédica	HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
10/07/14		POI				
1		Dieta livre após efeito anestésico				
2		Soro Glicosado 5% 1000ml + SF 0,91% 1000ml EV p/ 24 h				
3		Keflin 1g + 10 mL 6/6h				
4		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6h				
5		Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12h				
6		Nubain _ 01 amp + AD EV 12/12h SOS				
7		Ranitidina _ 01 amp + AD EV 8/8h				
8		Curativos Diários				
		HLUT - SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI SERVIDOR: 04/11/14				
		Sequencia: copiar 4/6h				
		Inclusão R conforme exame				
		0 - 200 = p 301 - 350 = 601				
		201 - 250 = 201 351 - 400 = 80				
		251 - 300 = 401 749 - 1001				
		6h em dorado 5g - 1cp VO 1 vez/dia				
		CCO				
		Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM-2603				

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

CAVAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA


NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	Ortopédica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
				HORÁRIOS		
10/07/14		POI				
1		Dieta livre após efeito anestésico				
2		Soro Glicosado 5% 1000ml + SF 0,91% 1000ml EV p/ 24 h				
3		Keflin 1g + 10 mL 6/6h				
4		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6h				
5		Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12h				
6		Nubain _ 01 amp + AD EV 12/12h SOS				
7		Ranitidina _ 01 amp + AD EV 8/8h				
8		Curativos Diários				
		Colheitas curativos 4/6h				
		Instituição R. curativos 4/6h				
		D - 200 = 8				
		201 - 250 - 201				
		351 - 400 = 80				
		251 - 300 = 40				
		601 - 650 = 100				
		651 - 700 = 100				
		701 - 750 = 100				
		751 - 800 = 100				
		801 - 850 = 100				
		851 - 900 = 100				
		901 - 950 = 100				
		951 - 1000 = 100				
		1001 - 1050 = 100				
		1051 - 1100 = 100				
		1101 - 1150 = 100				
		1151 - 1200 = 100				
		1201 - 1250 = 100				
		1251 - 1300 = 100				
		1301 - 1350 = 100				
		1351 - 1400 = 100				
		1401 - 1450 = 100				
		1451 - 1500 = 100				
		1501 - 1550 = 100				
		1551 - 1600 = 100				
		1601 - 1650 = 100				
		1651 - 1700 = 100				
		1701 - 1750 = 100				
		1751 - 1800 = 100				
		1801 - 1850 = 100				
		1851 - 1900 = 100				
		1901 - 1950 = 100				
		1951 - 2000 = 100				
		2001 - 2050 = 100				
		2051 - 2100 = 100				
		2101 - 2150 = 100				
		2151 - 2200 = 100				
		2201 - 2250 = 100				
		2251 - 2300 = 100				
		2301 - 2350 = 100				
		2351 - 2400 = 100				
		2401 - 2450 = 100				
		2451 - 2500 = 100				
		2501 - 2550 = 100				
		2551 - 2600 = 100				
		2601 - 2650 = 100				
		2651 - 2700 = 100				
		2701 - 2750 = 100				
		2751 - 2800 = 100				
		2801 - 2850 = 100				
		2851 - 2900 = 100				
		2901 - 2950 = 100				
		2951 - 3000 = 100				
		3001 - 3050 = 100				
		3051 - 3100 = 100				
		3101 - 3150 = 100				
		3151 - 3200 = 100				
		3201 - 3250 = 100				
		3251 - 3300 = 100				
		3301 - 3350 = 100				
		3351 - 3400 = 100				
		3401 - 3450 = 100				
		3451 - 3500 = 100				
		3501 - 3550 = 100				
		3551 - 3600 = 100				
		3601 - 3650 = 100				
		3651 - 3700 = 100				
		3701 - 3750 = 100				
		3751 - 3800 = 100				
		3801 - 3850 = 100				
		3851 - 3900 = 100				
		3901 - 3950 = 100				
		3951 - 4000 = 100				
		4001 - 4050 = 100				
		4051 - 4100 = 100				
		4101 - 4150 = 100				
		4151 - 4200 = 100				
		4201 - 4250 = 100				
		4251 - 4300 = 100				
		4301 - 4350 = 100				
		4351 - 4400 = 100				
		4401 - 4450 = 100				
		4451 - 4500 = 100				
		4501 - 4550 = 100				
		4551 - 4600 = 100				
		4601 - 4650 = 100				
		4651 - 4700 = 100				
		4701 - 4750 = 100				
		4751 - 4800 = 100				
		4801 - 4850 = 100				
		4851 - 4900 = 100				
		4901 - 4950 = 100				
		4951 - 5000 = 100				
		5001 - 5050 = 100				
		5051 - 5100 = 100				
		5101 - 5150 = 100				
		5151 - 5200 = 100				
		5201 - 5250 = 100				
		5251 - 5300 = 100				
		5301 - 5350 = 100				
		5351 - 5400 = 100				
		5401 - 5450 = 100				
		5451 - 5500 = 100				
		5501 - 5550 = 100				
		5551 - 5600 = 100				
		5601 - 5650 = 100				
		5651 - 5700 = 100				
		5701 - 5750 = 100				
		5751 - 5800 = 100				
		5801 - 5850 = 100				
		5851 - 5900 = 100				
		5901 - 5950 = 100				
		5951 - 6000 = 100				
		6001 - 6050 = 100				
		6051 - 6100 = 100				
		6101 - 6150 = 100				
		6151 - 6200 = 100				
		6201 - 6250 = 100				
		6251 - 6300 = 100				
		6301 - 6350 = 100				
		6351 - 6400 = 100				
		6401 - 6450 = 100				
		6451 - 6500 = 100				
		6501 - 6550 = 100				
		6551 - 6600 = 100				
		6601 - 6650 = 100				
		6651 - 6700 = 100				
		6701 - 6750 = 100				
		6751 - 6800 = 100				
		6801 - 6850 = 100				
		6851 - 6900 = 100				
		6901 - 6950 = 100				
		6951 - 7000 = 100				
		7001 - 7050 = 100				
		7051 - 7100 = 100				
		7101 - 7150 = 100				
		7151 - 7200 = 100				
		7201 - 7250 = 100				
		7251 - 7300 = 100				
		7301 - 7350 = 100				
		7351 - 7400 = 100				
		7401 - 7450 = 100				
		7451 - 7500 = 100				
		7501 - 7550 = 100				
		7551 - 7600 = 100				
		7601 - 7650 = 100				
		7651 - 7700 = 100				
		7701 - 7750 = 100				
		7751 - 7800 = 100				
		7801 - 7850 = 100				
		7851 - 7900 = 100				
		7901 - 7950 = 100				
		7951 - 8000 = 100				
		8001 - 8050 = 100				
		8051 - 8100 = 100				
		8101 - 8150 = 100				
		8151 - 8200 = 100				
		8201 - 8250 = 100				
		8251 - 8300 = 100				
		8301 - 8350 = 100				
		8351 - 8400 = 100				
		8401 - 8450 = 100				
		8451 - 8500 = 100				
		8501 - 8550 = 100				
		8551 - 8600 = 100				
		8601 - 8650 = 100				
		8651 - 8700 = 100				
		8701 - 8750 = 100				
		8751 - 8800 = 100				
		8801 - 8850 = 100				
		8851 - 8900 = 100				
		8901 - 8950 = 100				
		8951 - 9000 = 100				
		9001 - 9050 = 100				
		9051 - 9100 = 100				
		9101 - 9150 = 100				
		9151 - 9200 = 100				
		9201 - 9250 = 100				
		9251 - 9300 = 100				
		9301 - 9350 = 100				
		9351 - 9400 = 100				
		9401 - 9450 = 100				
		9451 - 9500 = 100				
		9501 - 9550 = 100				
		9551 - 9600 = 100				
		9601 - 9650 = 100				
		9651 - 9700 = 100				
		9701 - 9750 = 100				
		9751 - 9800 = 100				
		9801 - 9850 = 100				
		9851 - 9900 = 100				
		9901 - 9950 = 100				
		9951 - 10000 = 100				

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, P
SERVIDOR

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2608

SUMÁRIO DE ALTA

 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT Rua Dr. Orlando Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872 TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CREA: 05.522.917/0022-02	Prontuário: 317338
	Internação: 111030

Nome: **MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA**

End. Resid.: **RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA**

Cidade: **ELSEBAO VELOSO - PI** CEP: **64325-000**

Sexo: Masculino	Nascimento: 03/09/1950	Idade: 63a:10m:7d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: APOSENTADA
--------------------	---------------------------	----------------------	------------------------------	--------------------------

Internação		Alta		Permanência
Data 10/07/2014	Hora 08:50	Data / /	Hora :	

Diagnósticos:

CID Principal: fratura humeral **(D)**

CID Secundário: fratura humeral **(D)**

CID Causa Morte:

Cod. CID:			
5	4	2	2

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

Bom

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Bom

MEDICAÇÕES:

QUIRURGIA: Data: 10/7/14 Tipo: Osteotomia

fratura humeral **(D)**

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão

() Óbito () Transferência outro serviço

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HUT - SAME
CONFERE COM O ORL
TERESINA, PI 04/11/14
SENAADOR: R

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUTRua Dr. Otto Tilo 1020 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

317338

Internação:

111030

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA				
End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA				
Cidade: ELESBAO VELOSO - PI			CEP: 64325-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 03/09/1950	Idade: 63a:10m:7d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: APOSENTADA
Admissão: 04/07/2014	G. Instrução: Não	Fone: 86-9408-8519	Cartão SUS (CNS): 298002936631124	Procedência: ELESBAO VELOSO
Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO			Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	
Responsável: EDINAR LAURINDO DA SILVA				
End. Responsável: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA ELESBAO VELOSO - PI 64325-000				
Documento: RG: 621390 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 10/07/2014	Hora: 08:50	Data: / /	Hora:	P.A. TEMPORÁRIO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0408060190 - INTERTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ				
CID 10: S422 - Fratura da extremidade superior do úmero				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento:				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
<div>HUT - SAME CONFERIR COM O ORIGINAL TERMINAR SERVIDOR: <i>[assinatura]</i></div>				
Exames Realizados:				

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

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

ARUANA SEGUROS**29 JUN 2015**

ESCALA DE PREVENÇÃO DE RISCO DE QUEDA

enf 237 L:25

PACIENTE	Nº PRONTUÁRIO	LOCALE DATA
Maria da Cruz Cláudio da Silva	317338	11/07/14

Risco para Queda – assinalar todos os itens de riscos identificados.

- ☐ Idade menor ou igual a 5 anos
- ☒ Idade maior ou igual a 60 anos
- ☐ Com déficit sensitivo (visão, tato, audição)
- ☐ Com distúrbios neurológicos (crises convulsivas, etc...)
- ☒ Com distúrbio metabólico (diabetes descompensada/alteração de exames bioquímicos)
- ☐ Incontinência urinária ou intestinal?
- ☐ Fazendo uso de sedativos e/ou pós anestésico
- ☐ Com dificuldade de marcha
- ☐ História de queda: onde aconteceu - ☐ Residência ☐ Hospital ☐ outros _____

☐ **Risco Moderado** – Quando houver de um(1) a três(3) itens assinalados

☒ **Alto Risco** – Quando qualquer dos itens abaixo estiverem assinalados

1. Idade maior ou igual a 60 anos ou Idade menor ou igual a 5 anos
2. História de queda anterior
3. Quatro(4) ou mais itens assinalados

Procedimento:

Risco Moderado de Queda

- Sinalizar o prontuário com carimbo **Risco de Queda**
- Identificar o paciente com a pulseira amarela
- Intervenções padrão de prevenção de quedas

Alto Risco de Queda

- Sinalizar o prontuário com carimbo **Risco de Queda**
- Identificar o paciente com a pulseira amarela
- Intervenções de prevenção de quedas de alto risco

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 09/11/14
SERVIDOR: *[assinatura]*

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

DATA/HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA DO RISCO DE QUEDA - NSP

14:20 Admitida e avaliada com identificação com alto risco de queda

RISCO DE QUEDA

Evidenciado por idade, e com distúrbio metabólico com identificação de risco de queda. Acd: claudenice

1ª AVALIAÇÃO

11/07/14

2ª AVALIAÇÃO

11/11

HUT - SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TELEFONA, 04/11/14
SERVIDOR

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

FHT

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

SUS



BOLETIM CIRÚRGICO

NOME Marina da Cruz C da Silva Nº DO REGISTRODIAGNÓSTICO PR-OPERATÓRIO Fratura ungueal proximal (5)DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO o mesmo

INÍCIO HS TÉRMINO HS DURAÇÃO

OPERADOR o mesmo

AUXILIAR 1º

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

Dr. Aldo José de Silva
Médico Anestesiologista
CRM-PI 2482

INSTRUMENTADOR

CID - S42-2
PROC: 0408060190

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Prete e codino da perna; curativo e administração
de analgésicos; curativo antero-lateral; diminuição da
osteotomia do osso, fratura do fêmur e perfuração
sobre o fêmur; curativo

CIRURGIA CANCELADA (MOTIVO)

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2608

CONDIÇÕES AO SAIR DA SALA

TEMP PULSO RESP PR ART MAX MIN

OBSERVAÇÕES:

HUT - SAME
CONFERE CCM
04/11/14
SERVIDOR

RECÉM NATO

() MASC () VIVO () A TERMO () ÚNICO
() FEM () MORTO () PRÉ-TERMO () GEMELAR
() PÓS-TERMO

APGAR 1º

5º

NOME DO MÉDICO

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

FOLHA DE ANESTESIA

202

UNIDADE DE SAÚDE

FUNDAÇÃO HOSPITAL DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: <i>Maria da Conceição da Silva</i>		DE REGISTRO	
DATA: <i>12/08/2014</i>	P. ARTERIAL: <i>90/60</i>	PULSO: <i>90</i>	RESPIRAÇÃO: <i>18</i>
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO: <i>O+ Rh-</i>	HEMATIMETRIA: <i>12.5</i>	HEMOGLOBINA: <i>12.5</i>
EXAMES DE URINA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		
SISTEMA CIRCULATÓRIO	ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	ASMA		
SISTEMA DIGESTIVO	BRONQUITE		
ESTADO MENTAL	SISTEMA URINÁRIO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	CORTICÓIDES		
PRÉ-MEDICAÇÃO	ATARÁXICOS		
(AGENTES DOSES)	OUTROS		
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES	
OXIGÊNIO		SEQUÊNCIA	
LÍQUIDOS		DURAÇÃO	
TEMPERATURA		TÉCNICAS	
P. ARTERIAL		OPERAÇÕES	
V. POLSO		CIRURGIÕES	
INÍCIO E FIM ANESTESIA		ANESTESISTAS	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA	
RESPIRAÇÃO		IMEDIATAS	
SÍMBOLOS		PARTICULARIDADES	

Dr. Aldo José da Silva
Médico Anestesiologista
CRM-PI 4482

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR: *09/11/14*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	317338	Ortopédica	237	252	
DATA/HORA CÓDIGO	PREScrição Médica		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
08/07/14	FRATÚMERO PROXIMAL D				12:00 verificado glicemia capilar = 98 mg/dl Tec. para Rhiso - 13:30h cirurgia sus- penso (Agridada ei- núpia p/ 6º peso). E o no HPM. Solicitamos entrega no S.S. Sanitário 18:00 verificado glicemia capilar = 235 mg/dl corrigido com 04 U de insulina Regular. De. pesus - 06:04. Verificado glicemia capilar 158 mg/dl. 6 indicados de labora- tório por monitorar na sala - Aborre-
1 Dieta p/ diabético ✓					
2 Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 12/12hs					
3 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					
4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
5 Glicemia capilar de 6/6h					
6 Insulina regular conforme esquema:					
7 150-200 UI SC; 200-250 4UI SC; 251-300 6UI SC					
8 301-350 8UI SC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC					
9 glicosse 50% 4amp EV se glicemia ≤ 70mg/dl					
10 glibenclamida 5mg VO 1x dia					
11 Cuidados gerais e sinais vitais					

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERCEIRO
SERVIDOR:
04:11/14
RKA

Cirurgia suspensa
Soluto transfere ao
Hospital da Blúcia

Ortopedia Traumatologia
CRISTINA LIMA
05/07/14

Dr. Ana Maria Paes
Endereço do L. Paciente: Rua
S. Francisco s/nº - Fátima
Bairro: Fátima - CEP: 01064-000

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

MÉDICO ASSISTENTE

URUGUÁIA DE TERESINA - HUT		NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		CLÍNICA		ENF. OU AP		MÉDICO ASSISTENTE	
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA		317338		Ortopédica		237 252		OBSERVAÇÕES			
DATA/HORA											
CÓDIGO											
DI: 04/07/2014	FRAT ÚMERO PROXIMAL D										
09/07/14											
1	Dieta p/ diabético										
2	Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 12/12hs										
3	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs										
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs										
5	Glicemia capilar de 6/6h										
6	Insulina regular conforme esquema:										
7	150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UI SC										
8	301-350 8UI SC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC										
9	glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 70mg/dl										
10	glibenclamida 5mg VO 1x dia										
11	Cuidados gerais e sinais vitais										
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>HUT - SAME</p> <p>CONFERE COM 2 DO GINIAL</p> <p>TERESINA, PI 04/07/14</p> <p>SERVIDOR: [assinatura]</p>											
<p>ARJANA SEGUROS</p> <p>29 JUN 2015</p>											

ARJANA SEGUROS

~~29 JUN 2015~~

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA** (Prontuário: 317338)
Endereço: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 03/09/1950 Idade: 64a:0m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 110571
Requisição: 440169 Solicitação: 10/07/2014 Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
Controle: 559500 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 252

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 10/07/2014

OMOPLATA OU OMBRO

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

- FRATURA NO COLO UMERAL ALINHADA FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 20/09/2014

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT - SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI 04/11/14
SERVIDOR: *[assinatura]*

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000036/2015-16

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

Delegado: ANDREI DA COSTA ALVARENGA

Data/Hora: 13/01/2015 - 14:49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO

30/06/2014 - 09:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

ELESBÃO VELOSO

FÁTIMA

Endereço

RUA PIAUI, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PROXIMO À FARMACIA NOVA SAUDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 621390 PI

Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA

Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO

Endereço: RUA PADRE LEONEL FRANÇA, Nº S/N

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: ELESBÃO VELOSO - CEP: 64325-000

Telefone(s): 86-9408-8518 86-9964-8527

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. Outros

Não Informada

Condutor: NÃO IDENTIFICADO

End: NÃO IDENTIFICADO Número: Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A informante compareceu nesta delegacia de policia para informar que: no dia 30/ 06/2014 por volta das 09h00min dirigia-se a pé a farmácia nova saúde localizada na Rua Piauí quando duas motocicletas não identificadas conduzidas por pessoas desconhecidas vinham na mesma direção em alta velocidade sendo que uma das motocicletas atropelou a mesma vinda a cair, sendo que o motociclista não parou para socorrer a vítima, que logo em seguida foi socorrida por uma patrulha da policia militar, SGT Soares e SD Elias Neto e trouxeram a mesma para o hospital local, sendo que com consequência obteve fratura do úmero proximal direito, foi submetido a tratamento cirúrgico no H.U.t em 10/07/2014, (redução aberta e fixação com placa e parafusos). Evolui com consolidação da fratura e rigidez articular, com perda da função do membro superior direito de 50% de caráter definitivo. De acordo com laudo medico apresentado desta DEPOL. Era o que tinha a certificar

Paulo Roberto Moura Satiro - Mat. 270148X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

ANDREI DA COSTA ALVARENGA

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015