

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 n°: 7475883

A/C: MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA

Sinistro: 3150359222
Vitima: 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.

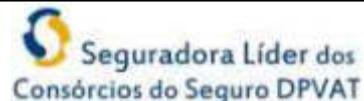
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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 **Data do acidente:** 30/06/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO UMERAL DIREITO.

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

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE 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 OSTEOSSÍTESE 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

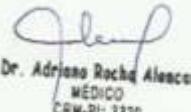
Região Corporal (Sequela):

% 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



DADOS CLÍNICOS

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

DIAGNÓSTICO		IDADE
NOME DO PACIENTE: <i>Maria da Cruz Henrich da Silva 63a</i>		
ENDERECO: <i>Rua Pachê parentel Frencu Elesbão Veloso</i>	CIDADE	UF <i>PI.</i>
CPF:	RG:	
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
DADOS CLÍNICOS <i>Feror superficial na face de avulsa de trânsito com o do em breve - Drenos</i>		
DIAGNÓSTICO		
DATA <u>30/06/14</u> Fca. Luzia L. Nascimento MÉDICA CRM 3047 ASS. CARIMBO DO MÉDICO		

CONFIRME COM AÇAO FINAL

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

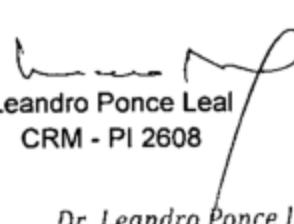
Rx

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 São Marcos - Impresso por herbert em 16/12/2014 08:51 e-mail: leallp@uol.com.br

ORTOPEDIA

SUS SUS

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

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	Frontuário: 317338		
Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO		
End.Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - ELESBAO 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: SUS		
d.Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não	Trauma: Não	Maus Tratos: Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Paciente vítima de acidente
apresentando ferirões graves no
ombro D.*
Redorografar braço

Carimbo/Assinatura Solicitante

HUT SAME
CONFIRA COM:
TERESINA
SERVIDOR:
Dr. CHRISTIAN ALBERT
CRM / PI 3140

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

SPECIALISTA: ORTOPEDIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Ripre. trauma no ombro D com dor
e limitação funcional. Rx com petreche dividida
com indicável crurização.*

cd: Faltou para cirurgia

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Dr. Fernand Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-Juiz-PI

ARUANA SEGUROS

542.2
0408060190

29 JUN 2015

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FMS

SUS

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AIH : 221410156666-6
 UNI : H-U-T (PROF. ZENON ROCHA)
 Orgão Emissor: M221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

NASCIMENTO
03/09/1950

Identificação do Estabelecimento de Saúde

D-LIBERA: 14/07/2014

DT. LAUDO: 10/07/2014

1-Nome do estabelecimento solicitante:

PROCED.: 0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

OP.SIST: CLIDENOR

PRAZO: 15/07/2014

3-Nome do estabelecimento executante:

CID: 5422

RESOLUÇÃO: RESOLUÇÃO 15

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

CNS 1704163190000

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-Mae: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA

12-Fone: 86-9408-8518

13-Resp: EDMAR LAURENDO DA SILVA *Vódele maria Vero*

14-Cor: Parda

15-Rua: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FÁTIMA - CEP: 64325-000

17-Cod. IBGE: 220350

18-UF: PI

19-CEP: 64325-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sintomas e sintomas clínicos:

*Transe os braços () e dor
 e náuseas fortes*

21 - Diagnósticos que justificam a internação:

Bruxismo

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

23-Diagnóstico inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

Braço direito / Fratura / Radiografia

24-Clínica:

30-Gênero: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.:

02 01 CPF 167.786.998-41

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LEANDRO PONCE LEAL

10/07/2014

CRM-PI 2608 - Odontólogo

ORTO-237/252

	ORIGEM: () HALL POSTO: CLÍNICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F					
		DIA	MÊS	ANO						
NOME: <i>Maria da Cruz</i>										
PÓS OPERATÓRIO										
CIRURGIA REALIZADA: <i>fratura de tíbia e fíbre (1)</i>										
DATA: <i>10/07/11</i>	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.: <i>09:00</i>									
TIPO ANESTESIA: <i>B P/B</i>										
S.V.R	HORÁRIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	<i>123/66</i>									
F. CARDIACA	<i>90</i>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXÍMETRIA	<i>100%</i>									
NOME/ MATRÍCULA	<i>Regina</i>									
2- EXAME FÍSICO										
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO										
BOM - REGULAR - RUIM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA			
CONSCIÊNCIA										
BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: OBEDECE A COMANDOS	<input type="checkbox"/> REGULAR									
RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)	<input type="checkbox"/> RUIM									
ATIVIDADE MOTORA										
BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS	<input type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO	<input checked="" type="checkbox"/> REGULAR									
RUIM: PARALISIA TOTAL	<input type="checkbox"/> RUIM									
RESPIRAÇÃO										
BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REFLEXO DA TOSSE	<input type="checkbox"/> REGULAR									
REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA	<input type="checkbox"/> RUIM									
RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA										
PELE										
BOM: ROSADA/ AQUECIDA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE	<input type="checkbox"/> REGULAR									
RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	<input type="checkbox"/> RUIM									
PERFUSÃO										
BOM: RETORNO SATISFATÓRIO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: RETORNO DIFICULTADO	<input type="checkbox"/> REGULAR									
RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	<input type="checkbox"/> RUIM									
ASPECTO CURATIVO										
BOM: LIMPO/ SECO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE	<input type="checkbox"/> REGULAR									
GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	<input type="checkbox"/> RUIM									
NOME/ MATRÍCULA:	<i>Mendes Brito</i>									

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINA
TERESINA, PI
SERVIDOR: *PA*

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNACÃO 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 executante: 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
11-Mae:	RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA			12-Fone: 86-9408-8518
13-Resp:	EDIMAR LAURINDO DA SILVA			14-Fone: 86-9408-8518
15-Rua:	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	19 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
21-Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança do Procedimento / Descrição
22-Cod. Proced. Secundário	26-Resumo:

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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

Dr. Leandro Dorce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-M-2608
Instituto Clínico Med. Soc. CRM

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Frohsinn ob zwey zusammen

AUTORIZACAO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CRC
	/ /	COMITÉ TENÉSSIMA, PR SERVIDOR
Si-Justificativa da 'NÃO' autorização:		

49-Ass.Cariimbo (Rg.Gongolo)

50. Nome do Profissional/parecer controlador de avaliação/audióloga	51-Data Autorização: ____ / ____ / ____	52-CNS/CPF: ARUANA SEGUROS 29 JUN. 2015 53-Ass. Calendário (no Conselho)
---	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 10/7/14

NOME DO PACIENTE:	Maria da Luz C da Silva	PRONTUÁRIO N°:	312338
DIAGNÓSTICO:	Fratura 5 metade perna	CIRURGIA:	osteotomia
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	03
CIRURGIÃO:	Leandro Ponce Leal Dr. Leandro Ponce Leal	CPF N°:	167 786 998-41
AUXILIAR:	Ortopedia e Traumatologia CRM-2608	CPF N°:	
ANESTESISTA:		CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Fátima Barros	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	1	
AGULHA 30x8	UNID.	2		LUVA N° 7,5	PAR	2	
AGULHA 40x12	UNID.	2		LUVA N° 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 40CC	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMÔL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	3	
GASES	PAC.	3		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Polyesterpoint 5			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADÔ C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0		2					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2,0		2		CIRCULANTE:			
PROLENE							

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 04/07/14
SERVIDOR: *[Signature]*

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

237252

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	C.G.D.R.03	317338	Ortopédica	237	252	OBSERVAÇÕES
DATA/HORA 04/07/2014 FRAT ÚMERO PROXIMAL D						09:20' Alta por ordem médica
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 6/6hs						<i>CONF. AUT. TERESA SERVIDOR: POLO ORIGINAL</i>
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 glibenclamida 5mg VO 1x dia						
11 Cuidados gerais e sinais vitais						
						<i>D. Ricardo S. Valente</i>
						<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i>
						<i>Dr. Yuri Inagro Filho</i>
						<i>Ortopedia e Traumatologia</i>
						<i>Ortopedia e Traumatologia</i>
						<i>CRM3367</i>
						<i>29/07/2014</i>
						<i>ARUANA SEGUROS</i>
						<i>29 JUN 2015</i>
Guardião / Enfermeiro Dr. Spécia e Traumatologista						
CRM 2115 - Reg. 10022						



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE
URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

237252

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA		317338	Ortopédica	237	252	OBSERVAÇÕES
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
04/07/2014						
11/07/14						
<p>FRATI ÚMERO PROXIMAL D</p> <p>1 Dieta p/ diabético ✓ 2 Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 12/12hs 3 Trilatil 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 glicemias <= 70mg/dl 10 glibenclamida 5mg VO 1x dia 11 Cuidados gerais e sinais vitais</p> <p style="text-align: right;"><i>Durval Teixeira N. Dc. Ortopedista / Traumatologista CRM-MT 3636 Dr. Pedro Henrique Alves Ortopedista e Traumatologista CRM-MT 13647</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Aruanã Seguros 29 JUN 2015</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Dr. Geraldo Cruz Ortopedista e Traumatologista CRM-MT 16019 CNPJ/MF 01.000.136/0001-07</i></p>						

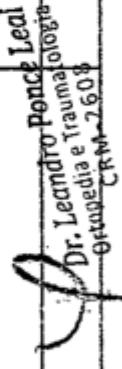


**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

ANNALES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	DATA/HORA CÓDIGO	PRONTUÁRIO	CLÍNICA Ontopediá	ENF. OU AP LEITO		MÉDICO ASSISTENTE
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
WANIA DA CUNHA	CIA 10					
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
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						
Glaciario unipolar 4/6h						
Inhalador de corticosteroides						
D - 200 = 200 - 350 = 601						
251 - 300 = 491 \Rightarrow 491 - 100 = 89						
Colchicina 50 mg 1 vez ao dia						
ARUANA SEGUROS						
29 JUN 2015						
 Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM 2603						

SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otálio Tito 1800 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PB CEP: 64017-000 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

317338

Internação:

111030

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCIS - FÁTIMA

Cidade: ELESBÃO 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:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod.CID:

2	4
2	2

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

Bom

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Bom

MEDICAÇÕES:

IRURGIA: Data: 1º/7/14 Tipo: Ostofracto

Osteo fracto

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGEM
TOMINA P/01/14
SEXUALIZAR

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: ()Curado ()Melhorado ()Pedido ()Evasão Administrativa
()Óbito ()Transferência outro serviço Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olho Tilo 1820 - Residencial - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CRP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

317338

Internação:

111030

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

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANÇA - 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: 86-9408-6515	Cartão SUS (CNS): 298002936631124	Procedência: ELESBAO VELOSO
Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO			Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	
Responsável: EDIMAR LAURINDO DA SILVA End. Responsável: RUA PADRE LEONEL FRANÇA - FATIMA ELESBAO VELOSO - PI CEP: 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:	Hora:	Data:	Hora:	P.A. TEMPORÁRIO

Diagnóstico de Admissão:

Procedimento: 0408060190 - INTETOPIA 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:**Exames Realizados:**

HUT - SAME
 CONFIRA COM O ORIGINAL
 TERESA
 SERVIDOR: [Signature]

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

Data

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 à 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 04/11/14
 SERVIDOR: *[Assinatura]*

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

DATA/HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA DO RISCO DE QUEDA - NSP
RISCO DE QUEDA	14:20. Admitida e avaliada com identificação com alto risco de queda
1º AVALIAÇÃO	Sucedendo PON idade, e com sistema metabólico com identificação de risco de queda. Acl: claudicante
<u>11/07/14</u>	
2º AVALIAÇÃO	
<u>—</u>	

HUT-SAME
CONFIRA COM ORIGINAIS
TENSAO, S/ OUIII
SERVIDOR

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



BOLETIM CIRÚRGICO

NOME		LIMA DA CRUZ C DA BLUA		Nº DO REGISTRO
DIAGNÓSTICO PR-EOPERATÓRIO		Fratura único proximal		(S)
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		o mesmo		
INÍCIO	HS	TÉRMINO	HS	DURAÇÃO
OPERADOR	Leandro Ponce Leal			
AUXILIAR 1º	CID: 542-2			
ANESTESISTA	Proc: 0408060190			
TIPO DE ANESTESIA	Dr. Leandro Ponce Leal Médico Anestesiologista CRM-2608			
INSTRUMENTADOR				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Próxite a codino da punha; curva no e admiss.
cunhos esteril; túnus antero-lateral; clínica proximal
osteotomia do olecranon; fraturas cl floco e parafuso;
cunhos + placa; curvado

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 FINAL 14
CONFIRECCM 04/14
SERVIÇOS

RECÉM NATO

<input type="checkbox"/> MASC	<input type="checkbox"/> VIVO	<input type="checkbox"/> A TERMO	<input type="checkbox"/> ÚNICO
<input type="checkbox"/> FEM	<input type="checkbox"/> MORTO	<input type="checkbox"/> PRÉ-TERMO	<input type="checkbox"/> GEMELAR
<input type="checkbox"/> PÓS-TERMO			

ARUANA SEGUROS

APGAR 1º

5º

29 JUN 2015

NOME DO MÉDICO



FOLHA DE ANESTESIA

202

UNIDADE DE SAÚDE

ANESTÉSICO E RELATÓRIO DO DIA

NOME DO PACIENTE:		Maria da Conceição Oliveira da Silva		Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
	120/80 mmHg	90 bpm	16/min	37,5°C	65 kg
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO ORTOCRÓTICO OC PM	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA DOS. UREIA EMOV
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	MVV e resistência expiratória		DIAGNÓSTICO PRE-OP.		
SISTEMA CIRCULATÓRIO	ORNF		ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	MVV e resistência expiratória		ASMA BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO	Alimentação		EF. FÁCIL X		
ESTADO MENTAL	Alerta		ATARÁXICOS OUTROS		
DIAGNÓSTICO			FÍSICO		
PRÉ-OPERATÓRIO			ESTADUAIS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADAS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	medicamento de bolso			TOTAL DE DOSES
	1				Anestesia
	2				Doxil
	3				Alprazolam
LÍQUIDOS	50 - UTO	500	PAC. 1900		
	SANGUE	400	PAC. 1900		
	OUTROS	300	PAC. 1900		
TEMPERATURA T	C°	260	PAC. 1900		
P. ARTERIAL V	38	240	PAC. 1900		
O	180	200	PAC. 1900		
POLSO	160	140	PAC. 1900		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	10:00	10:00	PAC. 1900		
INÍCIO-E-FIM OPERAÇÃO	10:00	10:00	PAC. 1900		
RESPIRAÇÃO O	20	10	PAC. 1900		
SÍMBOLOS				DURAÇÃO	
TÉCNICAS	B.P.B.			INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES	T.R.C. Colpo sujo abd. Havia hromo na			HUT - SAME	
CIRURGIÕES	Dr. A. Siqueira			CONFIR. COM O ORIGINAL	
ANESTESISTAS	Dr. Aldo José da Silva Médico Anestesiologista CRM-PI 1422			TERESA H. SERVIDOR:	
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS	
				DR. ALDO JOSÉ DA SILVA	
				DR. ALDO JOSÉ DA SILVA	

**HÓSPITAL 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
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

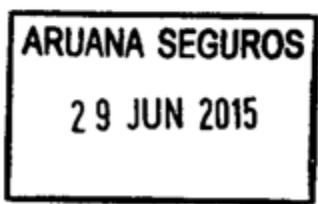
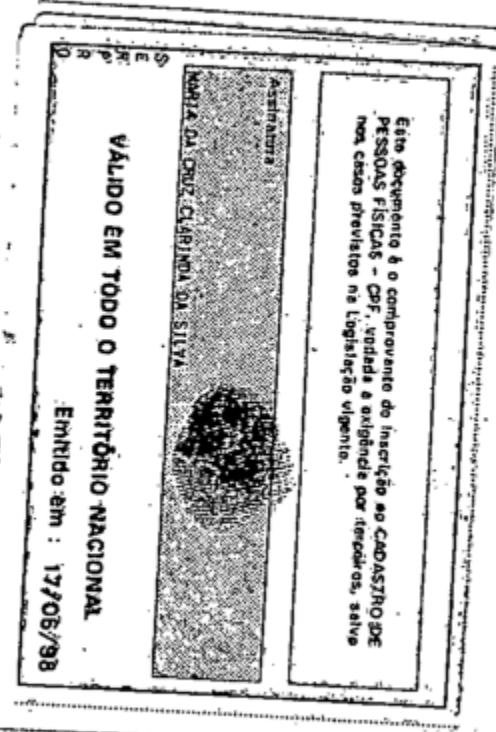
CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

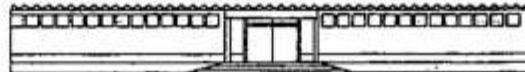
HUT - SAME
 CONFERE COM *04* / *11* / *14*
 TERESINA, PI
 SERVIDOR: *J. P. S.*

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
<i>Maria da Cruz Henrique de Souza 63a</i>		
ENDERECO:	CIDADE	UF
<i>Rua Peche prenil Freitas Glória do Piauí</i>		
CPF:	RG:	
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
DADOS CLÍNICOS <i>Jesos supercícios vafera de avidente de trânsito (mot) e do em breve Divers</i>		
DIAGNÓSTICO		
DATA	<i>30/06/15</i> Fca. Lúcio L. Nascimento Médico CRM 3047 ASS. CARIMBO DO MÉDICO	

CONFIRA COMIGO
EM 07/07/2015
Lima

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 N° 621390EXPEDIDO POR SSP - PIEM / / ECPF 8499783193-34 /CNPJ 0000000000000000, 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0788-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 029321-9

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.

ELES BÃO VELOSO - PI de 05

de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

ARIANA SEGUROS

29 JUN 2015

Agencia: 0788 Conta: 00000022321 Variacao: 51 Data: 01042015
 Extrato de Poupanca - OURO
 MARIA CRUZ CLARINDA SILVA
 DIARIA CONTA SEM BLOQUEIO PESSOA FISICA EXTRATO NAO EMITE
 DATA D.BS HISTORICO V A L O R 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: 26/02/2015
 NR. DOCUMENTO: 7.881.560.000
 VALOR DINHEIRO: 2
 VALOR TOTAL: 2
 NR.AUTENTICACAO: 0.997.722.707.349
 Creditos a partir de 04/05/2012 estao
 disciplinados pela MP. 567/2012.

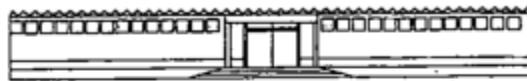
LETA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO
 ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

26/02/2015 - BANCO DO BRASIL - 12:07:10
 078815600
 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: 7.881.560.000.255
 VALOR DINHEIRO: 20,00
 VALOR TOTAL: 20,00
 NR.AUTENTICACAO: 0.997.722.707.349.711
 Creditos a partir de 04/05/2012 estao
 disciplinados pela MP. 567/2012.

LETA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO
 ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

ARUANA SEGUROS
 29 JUN 2015



DADOS CLÍNICOS

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

DIAGNÓSTICO		IDADE
NOME DO PACIENTE: <i>Maria da Cruz Henrich da Silva 63a</i>		
ENDERECO: <i>Rua Pachê parentel Frencu Elesbão Veloso</i>	CIDADE <i>Elesbão Veloso</i>	UF <i>PI.</i>
CPF:	RG:	
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
DADOS CLÍNICOS <i>Feror superficial na face de avulsa de trânsito com o do em breve. Dentes</i>		
DIAGNÓSTICO		
DATA <i>30/06/14</i>		<i>Fca. Luzia L. Nascimento Médica CRM 3047</i> ASS. CARIMBO DO MÉDICO

CONFIRME COM AÇÕES FINAIS

EM, 07/06/2015

Lm
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

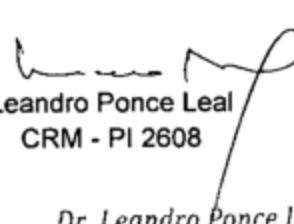
Rx

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 São Marcos - Impresso por herbert em 16/12/2014 08:51 e-mail: leallp@uol.com.br

ORTOPEDIA

SUS SUS

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

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	Frontuário: 317338		
Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO		
End.Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - ELESBAO 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: SUS		
d.Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não	Trauma: Não	Maus Tratos: Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Paciente vítima de acidente
apresentando ferirões graves no
ombro D.*
Redorografar braço

Carimbo/Assinatura Solicitante

HUT SAME
CONFIRA COM:
TERESINA
SERVIDOR:
Dr. CHRISTIAN ALBERT
CRM / PI 3140

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

SPECIALISTA: ORTOPEDIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Ripre. trauma no ombro D com dor
e limitação funcional. Rx com petreche dividida
com indicável crurárgico.*

cd: Faltou para cirurgia

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Dr. Fernand Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-Juiz-PI

ARUANA SEGUROS

542.2
0408060190

29 JUN 2015

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FMS

SUS

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AIH : 221410156666-6
 UNI : H-U-T (PROF. ZENON ROCHA)
 Orgão Emissor: M221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

NASCIMENTO
03/09/1950

Identificação do Estabelecimento de Saúde

D-LIBERA: 14/07/2014

DT. LAUDO: 10/07/2014

1-Nome do estabelecimento solicitante:

PROCED.: 0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

OP.SIST: CLIDENOR

PRAZO: 15/07/2014

3-Nome do estabelecimento executante:

CID: 5422

RESERVA: 10/07/2014

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

CNS: 1704163190000

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-Mae: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA

12-Fone: 86-9408-8518

13-Resp: EDMAR LAURENDO DA SILVA *Vódele maria Vero*

14-Cor: Parda

15-Rua: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FÁTIMA - CEP: 64325-000

17-Cod. IBGE: 220350

18-UF: PI

19-CEP: 64325-000

16-Munic: ELESBÃO VELOSO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

*Transe os braços () e dor
 e náuseas fortes*

21 - Diagnósticos que justificam a internação:

No braço

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

23-Diagnóstico inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

Q408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

29-Clínica:

30-Character: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.:

02

01

CPF

167.786.998-41

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LEANDRO PONCE LEAL

10/07/2014

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-1 - Acidente de Trânsito

37-1 - Acidente Trabalho Clípico

38-1 - Acidente Trabalho Profissional

42 - Vítima de Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não sou

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

45 - Nome do profissional autorizador:

46-Documento:

48-Nºm. Documento:

49-ICMS () ICPP

47-Data Autorização:

m/r/hn

Rogério Costa Marques

Médico Nuclear DRCANISMS

CRM-PI 2255 - CPF: 483.297.853-91

CNS 124234913570006

50-Ass. Cuscinho (Rg. Oficial) *(Rg. Oficial)*

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

(Média 11º IP)

00:00:00 10/07/2014
 00:00:00 10/07/2014
 00:00:00 10/07/2014
 Data: 10/07/2014 08:50:34

ORTO-237/252

	ORIGEM: () HALL POSTO: CLÍNICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F					
		DIA	MÊS	ANO						
NOME: <i>Maria da Cruz</i>										
PÓS OPERATÓRIO										
CIRURGIA REALIZADA: <i>fratura de tíbia e fíbre (1)</i>										
DATA: <i>10/07/11</i>	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.: <i>09:00</i>									
TIPO ANESTESIA: <i>B P/B</i>										
S.V.R	HORÁRIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	<i>123/66</i>									
F. CARDIACA	<i>90</i>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXÍMETRIA	<i>100%</i>									
NOME/ MATRÍCULA	<i>Regina</i>									
2- EXAME FÍSICO										
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO										
BOM - REGULAR - RUIM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA			
CONSCIÊNCIA										
BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: OBEDECE A COMANDOS	<input type="checkbox"/> REGULAR									
RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)	<input type="checkbox"/> RUIM									
ATIVIDADE MOTORA										
BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS	<input type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO	<input checked="" type="checkbox"/> REGULAR									
RUIM: PARALISIA TOTAL	<input type="checkbox"/> RUIM									
RESPIRAÇÃO										
BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REFLEXO DA TOSSE	<input type="checkbox"/> REGULAR									
REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA	<input type="checkbox"/> RUIM									
RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA										
PELE										
BOM: ROSADA/ AQUECIDA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE	<input type="checkbox"/> REGULAR									
RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	<input type="checkbox"/> RUIM									
PERFUSÃO										
BOM: RETORNO SATISFATÓRIO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: RETORNO DIFICULTADO	<input type="checkbox"/> REGULAR									
RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	<input type="checkbox"/> RUIM									
ASPECTO CURATIVO										
BOM: LIMPO/ SECO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM									
REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE	<input type="checkbox"/> REGULAR									
GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	<input type="checkbox"/> RUIM									
NOME/ MATRÍCULA:	<i>Mendes Brito</i>									

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINA
TERESINA, PI
SERVIDOR: *PA*

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 executante: 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-Mae: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA			12-Fone: 86-9408-8518
13-Resp: EDIMAR LAURINDO DA SILVA			14-Fone: 86-9408-8518
15-Endr: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000			
16-Munic: ELESBIAO VELOSO	17-Cod. IBGE: 220350	18-UF: PI	19-CEP: 64325-000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proced. Anterior	19 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
21-Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança do Procedimento / Descrição
26-Diagnóstico:	26-Cod. Diagn./ 26-Cod. ICD-10

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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

38-Nome Profissional Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dr. Leandro Ponce Lega Ortopedia e Traumatologia CRM-2608 Ass. Carimbo Med. Soi. (CRM)</i>
39-Data Solicitação: 10/07/2014	40-No. Doc. Med. Solic.: 167.786.998-41	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Kinésio do seu nome

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: TERESINA, PI SERVIDOR
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controlado de avaliação/audiência	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: ARUANA SEGUROS
		53-Ass.Catimbo (Rg.Conselho) 29 JUN 2015 (CATIANO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 10/7/14

NOME DO PACIENTE:	Maria da Luz C da Silva	PRONTUÁRIO N°:	312338
DIAGNÓSTICO:	Fratura 5º molar	CIRURGIA:	osteotomia
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	03
CIRURGIÃO:	Leandro Ponce Lea.	CPF N°:	167 786 998-41
AUXILIAR:	Ortopedia e Traumatologia CRM-2608	CPF N°:	
ANESTESISTA:		CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Fátima Barros	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	1	
AGULHA 30x8	UNID.	2		LUVA N° 7,5	PAR	2	
AGULHA 40x12	UNID.	2		LUVA N° 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 40CC	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	3	
GASES	PAC.	3		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Polyesterpoint 5			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0		2					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2,0		2		CIRCULANTE:			
PROLENE							

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

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

237252

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	C.G.D.R.03	317338	Ortopédica	237	252	OBSERVAÇÕES
DATA/HORA 04/07/2014 FRAT ÚMERO PROXIMAL D						09:20' Alta por ordem médica
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 6/6hs						<i>CONF. AUT. TERESA SERVIDOR: POLO ORIGINAL</i>
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 glibenclamida 5mg VO 1x dia						
11 Cuidados gerais e sinais vitais						
						<i>D. Ricardo S. Valente</i>
						<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i>
						<i>Dr. Yuri Inagro Filho</i>
						<i>Ortopedia e Traumatologia</i>
						<i>Ortopedia e Traumatologia</i>
						<i>CRM3367</i>
						<i>29/07/2014</i>
						<i>ARUANA SEGUROS</i>
						<i>29 JUN 2015</i>
Guardião / Enfermeiro / Responsável		Dr. Yuri Inagro Filho		Dr. Ricardo S. Valente		
Dr. Spécia e Traumatologista		Ortopedia e Traumatologia		Ortopedia e Traumatologia		
CRM 2115 - Reg. 10022		CRM 3367 - Reg. 12365				



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

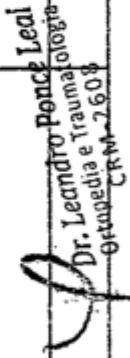
ALDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	DATA/HORA CÓDIGO	PRONTUÁRIO	CLÍNICA Ontopediá	ENF. OU AP LEITO		MÉDICO ASSISTENTE
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
WANIA DA CUNHA	CIA 10					
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
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						
Glaciario unipolar 6/6h						
Inhalador de acetona ev/ev						
D - 200 = 200 - 350 = 601						
251 - 300 = 491 \Rightarrow 491 - 100 = 89						
Colchonete Sing - Up W / algodão						
CCG						
ARUANA SEGUROS						
29 JUN 2015						
 Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM 2603						

SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otálio Tito 1800 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PB CEP: 64017-000 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

317338

Internação:

111030

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCIS - FÁTIMA

Cidade: ELESBÃO 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:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod.CID:

2	4	2	2

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

Bom

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Bom

MEDICAÇÕES:

IRURGIA: Data: 1º/7/14 Tipo: Ostofracto

Osteo fraxim (D)

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGEM
TERESA PIOLLI 19
SEGUIR

Tipo de Alta: ()Curado ()Melhorado ()Pedido ()Evasão Administrativa
()Óbito ()Transferência outro serviço Causa motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2015

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olho Tilo 1820 - Residencial - Fone: 86 3229 4872

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

Prontuário:

317338

Internação:

111030

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

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANÇA - 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: 86-9408-6515	Cartão SUS (CNS): 298002936631124	Procedência: ELESBAO VELOSO
Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO			Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	
Responsável: EDIMAR LAURINDO DA SILVA				
End. Responsável: RUA PADRE LEONEL FRANÇA - FATIMA ELESBAO VELOSO - PI CEP: 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:	Hora:	Data:	Hora:	P.A. TEMPORÁRIO

Diagnóstico de Admissão:

Procedimento: 0408060190 - INTETOPISTIA 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:**Exames Realizados:**

HUT - SAME
 CONFIRA COM O ORIGINAL
 TERESA
 SERVIDOR: [Signature]

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

Data

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 à 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 04/11/14
 SERVIDOR: *[Assinatura]*

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015



BOLETIM CIRÚRGICO

NOME		LIMA DA CRUZ C DA BLUA		Nº DO REGISTRO
DIAGNÓSTICO PR-EOPERATÓRIO		Fratura único proximal		(S)
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		o mesmo		
INÍCIO	HS	TÉRMINO	HS	DURAÇÃO
OPERADOR	Leandro Ponce Leal			
AUXILIAR 1º	CID: 542-2			
ANESTESISTA	Proc: 0408060190			
TIPO DE ANESTESIA	Dr. Leandro Ponce Leal Médico Anestesiologista CRM-2608			
INSTRUMENTADOR				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Próxite a codino da punha; curva no e admiss.
cunhos esteril; túnus antero-lateral; clínica proximal
osteotomia do olecranon; fraturas cl floco e parafuso;
cunhos + placa; curvado

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 FINAL 14
CONFIRECCM 04/14
SERVIÇOS

RECÉM NATO

<input type="checkbox"/> MASC	_____	<input type="checkbox"/> VIVO	_____	<input type="checkbox"/> A TERMO	_____	<input type="checkbox"/> ÚNICO	_____
<input type="checkbox"/> FEM	_____	<input type="checkbox"/> MORTO	_____	<input type="checkbox"/> PRÉ-TERMO	_____	<input type="checkbox"/> GEMELAR	_____
<input type="checkbox"/> PÓS-TERMO							

ARUANA SEGUROS

APGAR 1º

5º

29 JUN 2015

NOME DO MÉDICO



FOLHA DE ANESTESIA

202

UNIDADE DE SAÚDE

ANESTÉSICO E RELATÓRIO DO DIA

NOME DO PACIENTE:		Maria da Conceição Oliveira da Silva		Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
	120/80 mmHg	90 bpm	16/min	37,5°C	65 kg
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO ORTOCRÓTICO OC PM	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA DOS. UREIA EMOV
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	MVV e resistência expiratória		DIAGNÓSTICO PRE-OP.		
SISTEMA CIRCULATÓRIO	ORNF		ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	MVV e resistência expiratória		ASMA BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO	Alimentação		EF. FÁCIL X		
ESTADO MENTAL	Alerta		ATARÁXICOS OUTROS		
DIAGNÓSTICO			FÍSICO		
PRÉ-OPERATÓRIO			ESTADUAIS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADAS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	medicamento de bolso			TOTAL DE DOSES
	1				Amitriptilina
	2				Diazepam
	3				Atropina
LÍQUIDOS	50 - UTO	500	P.A.T.		
	SANGUE	400	FLG		
	OUTROS	300	Alucinogênicos		
TEMPERATURA T	C°	240	Laringite		
P. ARTERIAL V	38	200	Inflamação		
O	180	160	Bronquite		
POLSO	140	120	Afogamento		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	10:00	10:45	Bronquite		
INÍCIO-E-FIM OPERAÇÃO	10:45	11:00	Bronquite		
RESPIRAÇÃO O	20	10	Afogamento		
SÍMBOLOS				SEQUÊNCIA	
TÉCNICAS	B.P.B.			CABEÇA	
OPERAÇÕES	T.R.C. Coluna abd. Havia fratura			CABRUS	
CIRURGIÕES	Dr. A. S. Lopes			CABRUS	
ANESTESISTAS	Dr. Aldo José da Silva Médico Anestesiologista CRM-PI 1442			CONFERE COM O ORIGINAL TERESA H. SERVIDOR: <i>[Signature]</i>	
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS	
				R. HABSA	
				ORIGEM DR. ENZO	

**HÓSPITAL 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
Requisição:	440169	Solicitação: 10/07/2014
Controle:	559500	Convênio: S U S
		Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 110571
		Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
		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 *04* / *11* / *14*
 TERESINA, PI
 SERVIDOR: *J. P. S.*

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2015

3150359222



**Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência**

798 v. 1.0

DOCUMENTO 1 T1%



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

ELESBÃO VELOSO

Bairro

FÁTIMA

Endereço

RUA PIAUÍ, 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 polícia para informar que: no dia 30/06/2014 por volta das 09h00min dirigia-se a pé a farmácia nova saúde localizada na Rua Piaui 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 polícia 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