

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05811-4

CONTA: 000000004143-2

Nr. Autenticação

BRABESCO1704201805000000000023705811000000004143253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138504 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA HEMIFACE DIREITA
-HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO TEMPORAL DIREITO
-TRACAO DE FRATURA CRANIANA FRONTAL DIREITO COM EXTENSAO PARA ASA MAIOR DO ESFENOIDE DESTES LADO
FRATURA BIMALEOLAR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, ANDA DE MULETAS, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR.

Resultados terapêuticos: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO NA TIBIA DIREITA E FIO METALICO NA FIBULA DIREITA
TRATAMENTO CONSERVADOR TCE
CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS
COMPLICAÇÕES: LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 10/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA**RELATÓRIO MÉDICO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA, PORTADORA DE RG Nº 2.903.668-SSP/PI, FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 26/08/17 COM TRAUMA EM FACE E TORNOZELO DIREITO, CURSANDO COM FRATURA DA HEMIFACE DIREITA E BIMALEOLAR DIREITO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR E CIRÚRGICO, RESPECTIVAMENTE. ALTA MÉDICA EM FEVEREIRO DE 2018. ATUALMENTE APRESENTA-SE COM MARCHA CLAUDICANTE E RIGIDEZ DO TORNOZELO DIREITO.

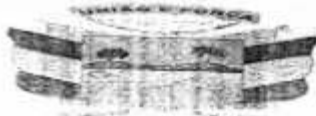
Teresina, 23/03/2018

Lucas Lopes Rego
Dr. LUCAS LOPES REGO
MÉDICO DO TRABALHO*Dr. Lucas Lopes Rego*
Médico do Trabalho
CRM: 33.333-PI/MADEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAR 2018

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-10



PREFEITURA DE
UNIÃO

HOSPITAL Dr. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

DATA: 25/08/2017

HORA: 08:44

FOLHA

Saída: 9:31 H-U-T

01

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: 0000075826

SERVIDOR: CRISTIANE

DATA: 25/08/2017

HORA: 08:44:00

01. DADOS DO PACIENTE

NOME: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

DATA NASCIMENTO: 01/03/1989

IDADE: 28 ANO(S)

SEXO: F

NOME DA MÃE: LUIZA FERREIRA DE SOUSA

CNS: 898002757870531

RG: 2903668

CONTATO

ENDEREÇO: BELA FONTE

CEP:

BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: UNIÃO

UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO: SAMU

DEMANDA ESPONTÂNEA

CENTRO DE SAÚDE

SAMU

PM

BOMBEIROS

OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ACIDENTE

TRAUMA:

CLÍNICO:

PEDIATRIA:

S. VITAIS FC: 0

PA: 120/80

SAT: 02:0

T: 0

DOR: 0

ECG:

GLICEMIA: 95

PESO: 0

ALTURA: 0

CRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 14/03/19

M. Baldo

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO

ARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

HORÁRIO: 08:44:00 ENFERMEIRO(A): FELIPE CLECCIO DOS SANTOS

CONSELHO REGISTRO COREN-PI 483.146

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO: Pac. trazida pelo SAMU, com alteração de consciência, acidente motor x cavalo, que caiu sobre, orientada, ECG: 15. Afundamento crânio em linha. ACP. Hísterica. Fratura exposta em tornozelo a (5)

04. EXAMES COMPLEMENTARES:

LABORATORIAL

RX

US

05. DIAGNÓSTICO:

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Soro 9%. 500 ml, 6u, ± Aserb.

② Regular

③ Braço p/ide - 1 amp + AD, B.

07. CONDUTA:

ALTA

ÓBITO

EVASÃO

TRANSFERIDO PARA

INTERNAÇÃO

OUTRA UNIDADE

HORA SAÍDA:

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO COREN:

URGÊNCIA

EMERGÊNCIA

PACIENTE:

MÉDICO

CRM

FELIPE CLECCIO DOS SANTOS
COREN-PI 483.146

MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho Neto, 400 Loja 6
Centro - Norte CEP: 64.023-420



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO
Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.
CEP - 64.120.000 - União - Piauí
CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a paciente **Maria das Dores Ferreira de Sousa** deu entrada neste hospital no dia 26 de agosto de 2017, às 08h44min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital socorrida na ambulância do SAMU.

União - PI, 14 de março de 2018.



Antônia Raimunda Viana da Silva
Antônia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU

Nome: **MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA**
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. SOLICITAÇÃO MEDICA
Código: 1100847.02

Idade: 28 anos
Sexo: FEM
Data: 11/10/2017 06:42:00

RX DO TORNOZELO DIREITO (02 INC.) (E) (Ed)

ACHADOS:

Fratura antiga da fibula distal fixada com fios metálicos.
Fratura antiga da tibia distal fixada por placa e parafusos metálicos.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

- 1.FRATURA ANTIGA DA FÍBULA DISTAL FIXADA COM FIOS METÁLICOS;
- 2.FRATURA ANTIGA DA TÍBIA DISTAL FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS;
- 3.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



Dr. José Vaz
CRM 3406

Dr. Wilsonnery Leal
CRM 2062

Dr. Leonardo Matos
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso
CRM 5062

Dr. Alan Mychel Lima
CRM 3489

Dr. Edgard Mont'Alvorno
CRM 2738



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Maria dos Dones Ferreira de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 452516

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



27 MAR 2000

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Chail
 2000 - Norte - CEP: 04.002-70
 Tel: 0800-800000

BOLETIM DE ENTRADA - BE


DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA		Prontuário: 452516
Mãe: LUIZA FERREIRA DE SOUSA	Paí:	
End. Resid.: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 01/03/1989	Idade: 28a:5m:25d	Sexo: Feminino Fone: 86-95390-162
Responsável: ANTONIA DE SOUSA	CMS: 63807	DR. ZENON ROCHA
Profissão: LAVRADORA	Documento: CPF: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Casado	EXAME: TC crânio
End. Local: - - -	DATA: 25/10/2017	

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u>	622171	<u>Data:</u>	26/08/2017 10:43:14	<u>Condução:</u>	TECNÓLOGO
<u>Totivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)					
<u>A. Trab.:</u>	Não	<u>Acid. Trajeto:</u>	Não	<u>Acid. Trab. Típico:</u>	Não
					<u>Convênio:</u> S U S
					<u>CID Secundário:</u> V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA INTER-ANIMAL, A Gm. CONSCIENTE, ORIENTADO, E APRESENTA FERIDAS E FRATURAS APÓS O OCORRITO. REGRA ALEGRIA, REGRA... <div style="text-align: right;">  Profissional Cins. Risco: FUCILETA AGUIAR DA SILVA COPEN 177884 Em: 26/08/2017 10:49:50 </div>			

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

[illegible]

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1- to 24h. - doordit + plecht
2- soluto te de vando + te baai + nro
3- Pannu de Nurocinegi + ortopedie

~~RAIO-X REALIZADO~~

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO

DATA 06/08/2017

DATA: 1 1

TABLE 1

Procedimiento

CID

Antônio Neto Coelho Malta
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM-PI 4330

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura Paciente ou Responsável



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

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 MAR 2018

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA	Prontuário:	452516
Mãe:	LUÍZA FERREIRA DE SOUSA	Pai:	
End. Resid.:	POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento:	01/03/1989	Idade:	28a:5m:25d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-95390-162
Responsável:	ANTONIA DE SOUSA	CNS:	898062 5/876531
Profissão:	LAVRADORA	Documento:	CPF:
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	Casado
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	622171	Data:	26/08/2017 10:43:14	Clas. Cor:	Indefinido
ivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)	Convênio:	S U S		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	/ / :	ESPECIALISTA:	M/M
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	- Polt trauma - 15.		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

temporal (1) 26/08/2017 - Contundente	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	/ / :	ESPECIALISTA:	CD: - Zntuna cad
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	- Real On		
Obr: - hem Contra Indicação neurológica giza Al aneuria osteopédica			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

fratura de fêmur exposto de fratura de fêmur com fratura de fêmur de fratura de fêmur	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/08/17

Fls. Nº
Proc. Nº
Rubrica

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Curitiba - Paraná 81.082-79

NOME DO PACIENTE: Maria das Dores Pereira PRONTUÁRIO Nº: 34589
 DIAGNÓSTICO: 2.2 - Lúpus eritematoso sistêmico CIRURGIA: LNC + 2xas
 ANESTESIA: 05 Nº DA SALA: 05
 CIRURGIÃO: Marcelo Vitor CPF Nº: 000.000.000-00
 AUXILIAR: Marcelo Vitor CPF Nº: 000.000.000-00
 ANESTESIA: Marcelo Vitor CPF Nº: 000.000.000-00
 INSTRUMENTADORA: Raquel CPF Nº: 000.000.000-00

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 06/11/17
SERVIDOR: Marcelo

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 1024	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5; 8.0	PAR	02; 01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	-		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	-	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	63	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL <u>aspiração</u>	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>Expon</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		• <u>Expon para desinfectação</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		-		• <u>Eletrados</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-					
ALCOFIL		-					
MONONYLON 3-0		02					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA: <u>C. Cirurgico</u>			
VICRYL		-		CIRCULANTE: <u>Claudio</u>			
PROLENE		-					

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

RUA DE OLEO TILO 1820 - RODEADOURO - FONE: 85 3229 4872

TERESINA - PI - CEP: 64017-370 - CNPJ: 06.920.917/0001-08 - ORTÓPEDIA PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº 1138 - 11/08/2020

IDENTIFICAÇÃO: PACIENTE: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUZA

196940 452516

EVOLUÇÃO: PACIENTE SEM QÜLHAS

HOJE: ECOL 19, PE-PE-EL, MOVE OS QUATRO MEMBROS.

CONDIÇÃO: 10 DE CONTROLE.

ALERGIA:

DIAGNÓSTICO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

DIETA

ORAL TIPO BRANDA, Visto Nutricionista

Adriana Carla CRN/PI 6420

1 CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)

1000ML SIST FECHADO

2 DIFERONAL SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.

3 METOCLOPRAMIDA, 5MG/ML, INJ. C/2ML

EM CASO DE NÁUSEAS OU VÔMITOS

4 RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.

5 PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG

EM CASO DE DOR DE FORTE INTENSIDADE

6 TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML.

7 HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.

EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA

8 FENITOÍNA SÓDICA 100 MG

Observações Gerais:

FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA

CABECEIRA 45 GRAUS

CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

DEPARTAMENTO DE DPVAT

CONTEÚDO NÃO VÁLIDO

27 MAR 2020

GENTE SEGURADORA

Rua Coelho de Resende, 465

Centro - Norte GE 7: 64.017

1 de 1

11/17

11/17

11/17

11/17

11/17

11/17

11/17

11/17

11/17

11/17



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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 26/08/17 HORA: 08:50 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: HUV MUNICIPIO: União - PI

MÉDICO: Paulo F. Reis CRM: 6684

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Maria dos Reis Ferreira de Sousa

Data de Nascimento: 01/03/1989 Idade: 28 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: União - PI

HDA: 28 Anos, vítima de acidente motociclístico (moto-cavalo) na base de 40 minutos. Foi levado por uma van para o hospital e não imobilizado. Condição orientada, apresentando agitação em mãos, pés, braços e pernas, em agitação, fratura

HD: R. Trauma CID: _____

alco exposto em região de trauma a B

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (4) Espontânea
3 - Comandos
2 - À dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (5) Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (6) Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: 120/85 mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: 95 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio (X) Hidratação Venosa _____
() Aspiração () Medicação (especificar) _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUV

Clinica/Posto: _____ Senha: 2017082630059

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/11/17
SERVIDOR: Desatolado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



PREFEITURA DE TERESINA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE

MARIA DOS SANTOS FERREIRA

PRONTUÁRIO

452516

DATA DE NASCIMENTO

CLÍNICA

ENF. ou APT. LEITO

214 149

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

25/08/17

ALERGIAS

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:

MÉDICO ASSISTENTE

ALFÉRGAS

NEURO

06/08/17

PRESCRIÇÃO MÉDICA Fomeça 17

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

1. Dieta branda 3mc

2. SF 0.9% 2000ml EV dia

KCL 10% 10ml/soro

3. Ranitidina 1amp + AD EV 8/8h

4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)

5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)

6. Fenitoína 2ml + 18ml AD EV 8/8h

7. Haldol 1amp IM (SOS)

8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h (SOS)

9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM

10. SSVV 6/6h

11. 3651. 500 ML + NaCl 201

12. 3651. 500 ML + NaCl 201

13. 3651. 500 ML + NaCl 201

MÉDICO/CRM:

13- AVAL CIP. GERAL

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, P. 106/11/17
SERVIDOR: [assinatura]DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VEFIFICADO
27 MAR 2018
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja 6
Centro - Norte CEP: 64.002470

NR VIRE

RAIO-X REALIZADO

DATA 1/120

Técnico: [assinatura]

Dr. José Antônio Barreto
Médico Especialista em Clínica Médica
CRM - PI 604

[assinatura]

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU **COPIA**
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: TERESINA-PI
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-01

COPIA FEITA EM

DEPARTAMENTO DE SINIS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
27 MAR 2011

27 MAR 2011

GEANTEREGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 460 Loja C
Centro - Norte CEP: 55.082-700
452516

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

NHE ⊖ 2810847
as 1140 hrs

Nome: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA		Prontuário: 452516	
Mãe: LUIZA FERREIRA DE SOUSA		Pai:	
End. Resid.: POV BEIA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64100-000			
Nascimento: 01/03/1989	Idade: 28a:5m:25d	Sexo: feminino	Fone: 86-95390-162
Responsável: ANTONIA DE SOUSA		CNS: 4388-1UT DR. ZENON ROCA	
Profissão: LAVRADORA		Documento: CPF: 010000000-00 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado EXAME: 10.000	
End. Local.: - - -		DATA: 26/08/17 11:00	
DADOS DO ATENDIMENTO:			
Código: 622171	Data: 26/08/2017 10:43:14	Condução: 011000000-00 TECNÓLOGO	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA			Convênio: SUS
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Mecanismo de trauma significativo	PROFESSOR - FAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
<p>ALUNO DO 1º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL, A DOA. TRANSCORRENTE, COMUM AVALIADO POR UM MÉDICO E ENFERMEIRO DO HOSPITAL, SEM ALTERAÇÃO</p>		<p>CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PM 06/11/13 SERVIDOR: <i>[Assinatura]</i></p>	
		<p><i>[Assinatura]</i> TEREZINHA AGUIAR DA SILVA OCPEN 177884 PM: 06/08/2017 10:49:50</p>	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

Reinício e fase de acidente de trânsito, às 13h
 15, com início, acidente, e de trânsito. Totalmente imobilizado
 no = M(4) e/ou. Adome fratura, midalar. Zangão
 e/ou a palparia. Agente de trânsito em M.O.
 Refere perda de consciência no momento do trauma. Hemorragia
 no olho (D). Chover em colar cervical, não aguento dor e
 PA: _____ mmHg Pulso: _____ FC: _____ Tpr: _____ Temp.: _____
 palparia de coluna cervical.

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1 - 28.08.2017 - 1º atendimento
 2 - 28.08.2017 - 2º atendimento
 3 - 28.08.2017 - 3º atendimento

RAIO-X REALIZADO

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: DATA: 28/08/2017
 Técnico: [Assinatura]

303040912

Procedimento Anterior

CID

Antonio de Souza Lima
Assinatura Paciente ou Responsável

Antônio Neto Coelho Moita
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM-PI 4330

Respiratory - Professional Medicine

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA		Prontuário: 452516
Mãe: LUIZA FERREIRA DE SOUSA		Pai:
End. Resid.: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64111-900		
Nascimento: 01/03/1989	Idade: 28a:5m:25d	Sexo: Feminino
Responsável: ANTONIA DE SOUSA		CNS: 99804 497651
Profissão: LAVRADORA		Documento: CPF: -
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 622171	Data: 26/08/2017 10:43:14	Clas. Cor: Indefinido
Objeto da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA BNTON		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: MIM
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: - Politrava - 15.	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__
temporal @ 26/08/2017 - contusão
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: CD - Zntuna cond
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: - fratura - hem contusão indicadas neurológicas - fratura da coluna cervical C6/C7 com lesão medular	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__	
fratura da coluna cervical C6/C7 com lesão medular Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 3908

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria das Dores Ferreira de Sousa IDADE 28 anos DATA 26/08/2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA (☒)GERAL (☐)RAQUE (☐)BLOQUEIO (☐)PERIDURAL (☐)SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>104 x 54</u>	<u>91 / 55 (67)</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>102</u>	<u>100 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Helena</u>	<u>Helena</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO					SAÍDA				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Movimenta os quatro membros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem apnéia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20% do nível pré-anestésico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Não responde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

0310

Ass. Joseane Alves de Moura Bezerra
 COREN-PI 17.934

forace

SONDA VESICAL

JORENO DE SUÇÃO

JORENO TORACICO

J JOVE

J COLOSTOMIA

SONDA () NASOG () NASOE

hs mL hs mL hs mL hs mL

hs mL hs mL hs mL hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:15 Admitido na SRPA no 203 de trat. cirurgico de fístula de tornozelo, consciente, orientada, física, respiração espontânea, com ap-ferido, em h. venosa, ed. med. de Joseane Alves de Moura Bezerra

COREN-PI 17.934

RAIO-X REALIZADO

DATA 26/08/2017Técnico: Vanalice

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

HUT-SAME
 CONFERE COMO ORIGINAL
 TERESINA PI 06/11/17
 SERVIDOR: Joseane

Manoel Sá de M. Medeiros
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PI 3817

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DE URGENCIA DE FERNANDES		ENFERMEIRO		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE	
NOME DO PACIENTE		PRESCRIÇÃO MÉDICA		PROSTUÁRIO	CLÍNICA	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA/HORA	CÓDIGO						OBSERVAÇÕES
M: 29	08	PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO					
	17						

DEPARTAMENTO DE
OPVAT
CONTÉUDO NÃO
27 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Chafiz de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói RJ 24.090-700

HUT-SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
TERESINA PIRES / 17
SERVIDOR: [assinatura]

MO00007 - H01



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

196940

13541

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 196940
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA	6 - Prontuário: 452516
7-CNS: 098002757870531	8-Nascimento: 01/03/1989
11-Mãe: LUIZA FERREIRA DE SOUSA	12-Fone: 86-95390-162
13-Resp: ANTONIA DE SOUSA	14-Corr: Sem Informação
15-End: POV BELA PONTE - ZONA RURAL - CEP: 64120-000	17-Cod. 1: 221110
16-Munic: UNIAO	18-UF: PI
	19-CEP: 64120-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Politrauma, fratura do tornozelo direito com lesão de ligamento cruzado anterior.

21 - Condições que justificam a internação:

Quebra do osso / Necessidade de tratamento cirúrgico.

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

Assim.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outras partes da perna

PROCEDIMENTO SOLICITADO

9-Cod.Proced.: 0408050578	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNILATERAL
29-Clinica:	30-Carater: Ident.: 31-Docum.: 32-Pac. Med. Solic.: 02 01 CFP 887.204.893-15
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO	34-Data Solicitação: 26/08/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	37- () Acidente Trabalho Típico	38- () Acidente Trabalho Trajeto
45 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	

Maria da Conceição Ferreira de Sousa

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
HOSPITALAR

Nº LAUDO: 13541

AIH: 2217101691211

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS X00017757001531	NOME DO PACIENTE MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA	NASCIMENTO 01-03-1989	SEXO F	PRONTUÁRIO 34589
DOCUMENTO	TELEFONE 8694307518	NOME DA MÃE LUIZA FERREIRA DE SOUSA	RESPONSÁVEL ANTONIA D SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			
BAIRRO VERMELHA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO 221100 TERESINA		UF PI

NUMERO / LOTE

1730

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de colisão de moto com animal a 3 hora consciente orientado

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tratamento cirurgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

x c - exame físico

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S828 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO))

CARÁTER

URGENCIA

DATA
SOLICITAÇÃO

26-08-2017

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO

CPF: 88720489315

CRM:

DATA

DATA ALTA

MOTIVO ALTA

ADMISSÃO

26/08/2017 10:43

29/08/2017 20:46

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
------------------	--------------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	----------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

LUCIO FLAVIO SANTOS FERREIRA
CPF 55376835391 CRM

DATA ANALISE 26/08/2017 14:00:24

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 06/11/17
SERVIDOR: *[assinatura]*



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Maria das Dores Reisende Sampaio

Diagnóstico pré-operatório

Exatidão - luxação aguda de tornozelo D

Operação - Tipo

Reparo cirúrgico + fixação externa em "tela" de tornozelo D

Cirurgião

Marcos Vitor

Marcos Vitor de Carvalho Filho

Assinante

2º Assinante

Cirurgião 14732 TEOT 12504 Assinante

Instrumentador(a)

Raquel

Anestesiista

Carlos David

Anestesia

geral

Anestésico(a)

Data da Operação

26/08/17

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PL 06/11/17
SERVIDOR: J. Reisende

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Exatidão em DDM sob anestesia geral

2) Anestesia + curativo cirúrgico externo

3) Lavagem da ferida externa de tornozelo D com SF 0,9% abundante + desbridamento de partes molles

4) Redução de tornozelo + fixação externa com "tela" de tornozelo D

5) Sutura + curativo externo

6) RPT



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 DAS DORES FERREIRA DE SOUSA** (Prontuário: 452516)
Endereço: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 01/03/1989 Idade: 28a.6m.29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 622171
Requisição: 769186 Solicitação: 26/08/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 955498 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 26/08/2017

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395 685 043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 06/11/13
SERVIDO: *[Assinatura]*

**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 DAS DORES FERREIRA DE SOUSA** (Prontuário: 452516)
Endereço: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 01/03/1989 Idade: 28a.5m.25d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 622171
Requisição: 769187 Solicitação: 26/08/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 955499 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/08/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-TEMPORAL À DIREITA.
- TRAÇO DE FRATURA CRANIANA FRONTAL DIREITA, COM EXTENSÃO PARA A ASA MAIOR DO ESFENOÍDE DESTE LADO.
- CONTUSÕES CEREBRAIS HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL ESQUERDO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS.: FRATURAS EM HEMIFACE DIREITA, COM HEMOSSINUS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/08/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 06/11/17
SERVIDOR: *[Assinatura]*



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 MAR 2008
GENESSE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 855 Loja C
Bairro Centro Norte CEP: 64.002470

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE <i>Marcos Antonio Ferreira</i>						Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>26/08/17</i>	P. ARTERIAL: <i>120 x 80</i>	PULSO: <i>80</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>- Urgência</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>- CONTUSÃO Torácica (Avaliada pela Neurologia)</i>							
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>- Jejum. Ingestão letal (7h)</i>							
SISTEMA DIGESTIVO <i>- Nega Alérgico</i>							
ESTADO MENTAL <i>- Colapso</i>							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>- ASATE</i>							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES			
		<i>1 5 L/min</i>		<i>1 Fenitoina 100mg</i>			
				<i>2 Propofol 100mg</i>			
				<i>3 Fentanyl 50mg</i>			
				<i>4 Tramadol 50mg</i>			
				<i>5 Meperidina 100mg</i>			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500		SEQUÊNCIA			
		SANGUE 300		<i>6 Diprion 10mg</i>			
		OUTROS 100		<i>7 Midazolam 10mg</i>			
				<i>8 Thoplon 10mg</i>			
				<i>9 Sevo 500</i>			
				<i>10 Atropina 3mg</i>			
				<i>11 Kortison 4mg</i>			
TEMPERATURA T		38		DURAÇÃO <i>1h</i>			
P. ARTERIAL V O PULSO		<i>120/80</i>					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

HUT SAMBA
CONFERE COM O
TERESINA PILOTTA
SERVIDOR

INCIDENTE - ACIDENTE

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

BEH

**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 DAS DORES FERREIRA DE SOUSA** (Prontuário: 452516)
Endereço: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 01/03/1989 Idade: 28a.6m.29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 622171
Requisição: 769197 Solicitação: 26/08/2017 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 955513 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/08/2017

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na tíbia distal (medial).
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura na tíbia distal (medial).

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 06/11/17
SERVIDOR: *Almeida*

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 465 Ld. C
Centro - Norte CEP: 64.002

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3228 4672

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA** (Prontuário: 452516)
Endereço: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 01/03/1989 Idade: 28a.6m.18d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 196940
Requisição: 769246 Solicitação: 26/08/2017 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
Controle: 955577 Convênio: S U S CENTRO CIRÚRGICO CENTRO LEITO 03

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/08/2017

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes nos maleolos lateral e medial com desvio.
- Controle pós-redução de luxação tibio-társica.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/09/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 06/11/17
SERVIDOR: *[Assinatura]*





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4632

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA** (Prontuário: 452516)
Endereço: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 01/03/1989 Idade: 28a.5m 26d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 196940
Requisição: 769446 Solicitação: 27/08/2017 Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES
Controle: 955830 Convênio: S U S CENTRO CIRÚRGICO CENTRO LEITO 03

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 27/08/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-TEMPORAL À DIREITA.
- TRAÇO DE FRATURA CRANIANA FRONTAL DIREITA, COM EXTENSÃO PARA A ASA MAIOR DO ESFENOÍDE DESTES LADOS.
- CONTUSÕES CEREBRAIS HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL ESQUERDO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEGIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS.: FRATURAS EM HEMIFACE DIREITA, COM HEMOSSINUS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/08/2017

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 28/08/17
SERVIDOR: *Leonardo*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA** (Prontuário: 452516)
Endereço: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 01/03/1989 Idade: 28a 6m 15d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 197149
Requisição: 770199 Solicitação: 29/08/2017 Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
Controle: 956705 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 013

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 29/08/2017

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- FRATURAS BIMALEOLARES FIXADAS POR PARAFUSOS METÁLICOS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/09/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 06/11/17
SERVIDOR: *[Assinatura]*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4572

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA** (Prontuário: 452516)
Endereço: POV BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 01/03/1989 Idade: 28a.6m.15d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 197149
Requisição: 770199 Solicitação: 29/08/2017 Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
Controle: 956706 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 013

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 29/08/2017

PERNA DIREITA

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

- FRATURAS BIMALEOLARES FIXADAS POR PARAFUSOS METÁLICOS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/09/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 16/09/17
SERVIDOR: Narciso



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012508137814
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00505981785 RNTRE 2016

ANTONIO ARAUJO PIRES

05370113319 PLACA AUT / UF 9C2KD0550DR110864

PAS/MOTOCICLE/HENRUMA
HONDA/NXR150 BROS 2.5
02P/0149CC

1 1PVA
2 2AGO
3

SEGURO PAGO

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON
DA

UNIAO 26/08/2016

2679
0098
1700
Ebe0
0714
bde0
d794
3e59
950a
d008
4816

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012508137814 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 26/08/2016

1 05370113319 PLACA AUT-7948

00505981785 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS 2.5

2012 09 9C2KD0550DR110864

PRÊMIO TARIFÁRIO
000,00 000,00 080,80

500,00 000,00 292,01

24/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CEP: 08.048.000001-04
www.seguradoraleder.com.br



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 MAR 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 84.062-76

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.903.668 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/07/06

NOME MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO LUIZA FERREIRA DE SOUSA CUSTÓDIO ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 01/03/1989

DOO ORDEM CERT.NASC. 104695 L 16 F 165V EXP UNIÃO PI 03/08/00

LEI Nº 7.110 DE 25/08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



maria das dores ferreira de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO
Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.
CEP - 64.120.000 - União - Piauí
CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a paciente **Maria das Dores Ferreira de Sousa** deu entrada neste hospital no dia 26 de agosto de 2017, às 08h44min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital socorrida na ambulância do SAMU.

União - PI, 14 de março de 2018.



Antônia Raimunda Viana da Silva
Antônia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU



Saída: 9:31 H-U-T

01

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: 0000075826

SERVIDOR: CRISTIANE

DATA: 26/08/2017

HORA: 08:44:00

01. DADOS DO PACIENTE

NOME: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

DATA NASCIMENTO: 01/03/1989

IDADE: 28 ANO(S)

SEXO: F

NOME DA MÃE: LUIZA FERREIRA DE SOUSA

CNS: 898002757870531

RG: 2903668

CONTATO

ENDEREÇO: BELA FONTE

CEP:

BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: UNIÃO

UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO: SAMU

DEMANDA ESPONTÂNEA

CENTRO DE SAÚDE

SAMU

PM

BOMBEIROS

OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ACIDENTE

TRAUMA

CLÍNICO

PEDIATRIA

S. VITAIS FC: 0

PA: 120/80

SAT. O2: 0

T: 0

DOR: 0

ECG: 0

GLICEMIA: 95

PESO: 0

ALTURA: 0

CRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 14/10/18

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO

AMARELO

AMARELO

VERDE

AZUL

HORÁRIO: 08:44:00

ENFERMEIRO(A): FELIPE CLECCIO DOS SANTOS

CONSELHO REGISTRO COREN-PI 483.146

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO: Pac. trazida pelo SAMU, para atendimento em reabilitação. Acidente motor x cavalo, não consciente, orientada, ECG: 05. Afundamento crânio em linha. ACP: fraturas. Fratura exposta em tornozelo a (5)

04. EXAMES COMPLEMENTARES:

LABORATORIAL

RX

US

05. DIAGNÓSTICO:

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Soro 9%. 500 ml, Gv, ± Aq. b.

② Regular

③ Braço p/ de - 1 amp + AD, Gv.

07. CONDUTA:

ALTA

ÓBITO

EVASÃO

TRANSFERIDO PARA

INTERNAÇÃO

OUTRA UNIDADE

HORA SAÍDA:

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO COREN:

URGÊNCIA

EMERGÊNCIA

PACIENTE:

MÉDICO

CRM

FELIPE CLECCIO DOS SANTOS
COREN: 1483.146

MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Araujo Pires,
RG nº 3325035, data de expedição 27/12/2013,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 053.701.133-19, com
domicílio na cidade de UIIAS, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LL. BELA FONTE S/N 3. RURAL, nº 514
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUZA cujo o condutor era
MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUZA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA NXR 150 BROS ES
Ano: 2012-2013
Placa: ODJ-7948
Chassi: 9C2KD0550DR110864
Data do Acidente: 26/08/2017
Local e Data: UIIAS-PI - 14/03/2018

Antonio Araujo Pires
Assinatura do Declarante



Maria das Dores Ferreira de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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

1114 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000482/2018-98

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Everaldo Rodrigues Freire

Data/Hora: 21/03/2018 - 10:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

PI 112 UNIÃO-PI, Nº:

Complemento

LOCALIDADE MORRO DO ESPIRITO

Data/Hora

26/08/2017 - 07:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

RG: 2.903.668 SSP/PI

Mãe: LUIZA FERREIRA DE SOUSA

Endereço: ASSENTAMENTO BELA FONTE, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Genito de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA NXR150 BROS ES

Ano: Placa: Chassi:

0UD7948

Renavam:

00505981785

Cor:

Vermelha

Condutor: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

End: ASSENTAMENTO BELA FONTE - UNIÃO - PIAUÍ Número: Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

Proprietário: ANTONIO ARAÚJO PIRES

Cidade: UNIÃO UF: Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

A denunciante compareceu a esta Delegacia para comunicar que em data, local e horário já mencionados, pilotava a motocicleta acima qualificada, isso pela PI-112 e que na altura da localidade, morro do espírito a denunciante colidiu com um animal(cavalo) ocasionando sua queda com o veículo, tendo a mesma sido socorrida pelo SAMU e levada para o hospital de União-PI, sendo ma mesma transferida posteriormente para o hospital HUT em Teresina-PI, onde a mesma foi submetida a intervenção cirúrgica no tornozelo direito, pelos fatos aqui narrados faz o presente registro e requer certidão.

Everaldo Rodrigues Freire - Mat. 0094757
AGENTE DE POLÍCIA

MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Ricardo Moura Lopes de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat. 27 1224-5



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000482/2018-98

Delegado de Polícia



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Carta nº: 12684708

A/C: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180138504
Vítima: MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA
Data do Acidente: 26/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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 DAS DORES FERREIRA DE SOUSA**

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

Banco: **237**

Agência: **000005811-4**

Conta: **000004143-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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 tornozelo 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

037.282.223-13

MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA DAS DORES FERREIRA DE SOUSA		CPF titular da conta 037.282.223-13	Profissão RECUSO
Endereço LE. BELA FONTE		Número 514	Complemento
Bairro COVA RURAL	Cidade - UNIAS	Estado PE	CPF 64120.000
Email		Telefone (DDD) (86) 9.94307518	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRQ: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/>		CONTA NRQ: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome: BRADESCO NRQ: 237		BANCO Nome: BRADESCO NRQ: 237	
AGÊNCIA NRQ: 05811 D/V: <input type="text"/>		AGÊNCIA NRQ: 000000000 D/V: 4143 2	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

União-PE 23 de Março de 2018
Local e Data

Maria das Dores Ferreira de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180138504
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores Ferreira de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Bela Fonte, S/N
Zona Rural União PI CEP: 64120-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2903668
Data local do acidente: [26/08/2017]
Data local do exame: [10/04/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA HEMIFACE DIREITA
-HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO TEMPORAL DIREITO
-TRACAO DE FRATURA CRANIANA FRONTAL DIREITO COM EXTENSAO PARA ASA MAIOR DO ESFENOIDE DESTES LADOS
FRATURA BIMALEAR DIREITA**

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

**Tratamento: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO NA TIBIA DIREITA E FIO METALICO NA FIBULA DIREITA
TRATAMENTO CONSERVADOR TCE
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO
Data da Alta: 26-09-17**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, ANDA DE MULETAS, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, ANDA DE MULETAS, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR.

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

- VII. Segundo 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 seqüela 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):

TORNOZELO - Lado 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

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058

