

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04826

CONTA: 000000031869-5

Autenticação:

75B505D918CEDC20EFD7FD604921413F23F557737A42CD69BB7D73EBCB9FA3CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403956

Cidade: União

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDILSON DA SILVA FERNANDES

Data do acidente: 18/03/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERA
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR AO NÍVEL DE C6.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA FUNCIONA LLEVE DA FACE, MODERADA DO OMBRO DIREITO E TOTAL DO SEGMENTO DA COLUNA CERVICAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RECONSTRUÇÃO DE LÁBIOS E ESTRUTURAS FACIAIS. TRATAMENTO CONSERVADOR DA CLAVÍCULA DIREITA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.
VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE, LUCIDO E ORIENTADO, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. NA COLUNA CERVICAL, OBSERVA-SE IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA COLUNA CERVICAL. NO OMBRO DIREITO, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 100°), EXTENSÃO(ADM 30°), ABDUÇÃO (ADM 90°)E ADUÇÃO (ADM 30°) DO OMBRO DIREITO

Sequelas permanentes: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.
APRESENTA PERDA TOTAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/09/2018

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico examinador: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

CRM do médico: 3165

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

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

Sinistro: **3180403956**
Nome do(a) Examinado(a): **EDILSON DA SILVA FERNANDES**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SANTA HELENA nº S/N - URBANO - UNIAO/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 583317567 - SSP**
Data e local do acidente: **18/03/2018 UNIAO/PI**
Data e local do exame: **19/09/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERA
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR AO NÍVEL DE C6.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RECONSTRUÇÃO DE LÁBIOS E ESTRUTURAS
FACIAIS. TRATAMENTO CONSERVADOR DA CLAVÍCULA DIREITA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

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

VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE, LUCIDO E ORIENTADO, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA
FORÇA DE MASTIGAÇÃO. NA COLUNA CERVICAL, OBSERVA-SE IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA COLUNA CERVICAL. NO OMBRO
DIREITO, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 100º), EXTENSÃO(ADM 30º), ABDUÇÃO (ADM 90º)E ADUÇÃO (ADM 30º) DO OMBRO DIREITO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

SEQUELA FUNCIONA LLEVE DA FACE, MODERADA DO OMBRO DIREITO E TOTAL DO SEGMENTO DA COLUNA CERVICAL.

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **FACE**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **OMBRO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **COLUNA CERVICAL**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☒ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM:3165/PI


ISMAR MARQUES FILHO
MÉDICO
CPF:791.120.725-20 CRM/PI 3165

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (085) 3265-1115.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Edilson da Silva Fernandes**, deu entrada neste hospital no dia 18 de março de 2018, às 17h43min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

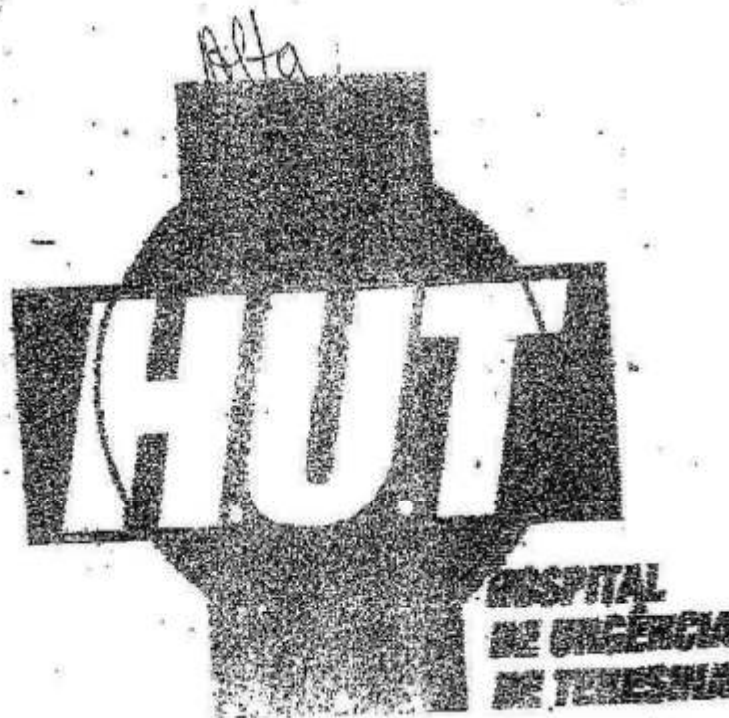
União (PI), 24 de julho de 2018.

Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.





SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

NOME DO PACIENTE: Edilson da Silva Fernandes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471344

SERVICO DE ARQUIVO MEDICO E ESTATISTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO"

Dr. Armando Torres de Brito
Médico

Bucomaxilo 18/03/18

Paciente com história de acidente
moto ciclístico com habito estorvo
sugestivo de ingestão de bebida alcoólica,
encontramos com cicatrizes de trauma e ~~lesões~~
ventilação mecânica, com nível de consciência
rebaixado.

Exame clínico: Paciente apresenta edema

de equimose periorbitária bilateral com dificuldade p/
abertura ocular, epistaxe presente, laceração com perda
de substância em lábio superior e laceração transfixante
em lábio inferior, se estendendo até mento.

Em cav. oral: perdas dentárias em mandíbula e
front. para nasal entre os dentes 14 e 12 com laceração em
palato. Laceração intra-oral em mucosa de mandíbula,
até região de pré-molares 2 e 3.

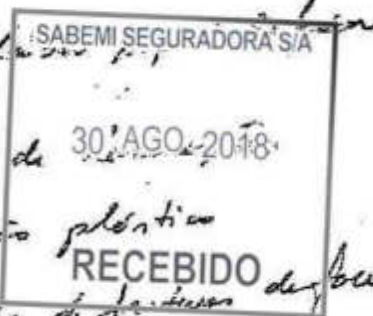
Exame tomográfico: fraturas comminutas da região
frontal, COEM bilateral, para nasal de maxila, Le fort 3.

HD: Múltiplas fraturas da 1/3 média e superior
Laceração transfixante em lábio inferior.

Col.: Encaminhado ao C.C. p/ Hto de 30.08.2018.

- Sugiro avaliação do sangramento plântico
quanto ao lábio superior

- Sugiro melhor exame clínico p/ Hto de fraturas de face



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4672

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.017/0022-02

Imp: 18/03/2018 20:03:40
(RELATÓRIO LUSCOBA)**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES		Prontuário: 471144
Mãe: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES		Pai: NAO INFORMADO
End. Resid.: RUA SANTA LÚZIA 609 - CRUZEIRO - UNIRO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 05/08/1982	Idade: 35a:7m:13d	Sexo: Masculino Fone: 86-99581-4337
Responsável: ERLANE	CNS: 70400201362/148	Documento: RG: 581317567 - SHP PI 86-99580-9702
Profissão: NAO INFORMADO	E. Civil: Solteiro(a)	
G. Instrução: Não informado		
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 655949	Data: 18/03/2018 19:58:39	Clas. Cor: Vermelho
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/11	ESPECIALISTA: NCH
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE grave Sedulo LOT HM + PCV. TCE: Contus frontal bilateral; Hct+; CM ox; com trauma bilateral; CO: Mark nado; TCE ch. Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/11	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Dr. Ricardo Lopes CRM 42120-PI HRTN	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/11	ESPECIALISTA: Cuiel
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: linergia qual. 18/03/18 às 20:40 PAIN-TC TCE/Trauma fac. completo STOMAX: contus pulmonar bilat. Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/11	
Impressões: paciente fraturado com indicação de intervenção torácica adequada. Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Dr. Dielma Ribeiro Costa CRM-PI 3560 Nº 2128	



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Edilson do Sales Lemos	PRONTUÁRIO	425544
DA CLÍNICA	015/05/09	LEITO	45
À CLÍNICA	Oftalmologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente automobilístico em 28/03/19, com edema e equimose periorbitais bilaterais e entorpecimento da parte nobre.

Soluto para Neuro de Lactado

DATA: 21/03/19

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR

Dr. Guilherme de Carvalho Paes
MÉDICO
CRM-PI 5358

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Oftalmologia

Do exame: edema bilateral, com fechamento completo da rima palpebral, sem áreas de hiperemia ou AO. Oculares AO: queratite hipoflexia, córnea transparente, sem lesões visíveis, íris aparentemente típica, pupila em crise e reativa. Paciente apresenta ainda boa transparência bilateral AO.

Surgiu contusão bilateral, uma de hiloflexia ocular 3-4x1mm e ressecção quando ocorrida no momento de queda e acompanhamento oftalmológico regular.

Devido à natureza da lesão, é necessário o acompanhamento de rotina, exposição conjuntival ao corneano, secreção e outros sinais que indiquem uma evolução da oftalmologia, antes do prazo recomendado.

DATA: 21/03/2019

Dr. Vitor Gomes Paes
Médico/Oftalmologista
CRM-PI 4189
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNL DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 18/3/18 HORA 17:43 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICÍPIO _____

MÉDICO: _____ CRM: 7048020 2068 7348

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Wilson da Silva Fernandes

Data de Nascimento: 5/8/82 Idade: _____ anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Município de Procedência União

HDA: Doença autoimune com lesões graves em pele. Evoluindo com abscesso de parede e impetigo. Realizado cirurgias sistêmicas e antibiótico. Paciente chega ao HWT com acesso de pele aberta

HD: _____

ESCALA DE GLASGOW

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

Temperatura 36 °C P: 10 bpm R: 140 mm PA: 140/100 mmHg AS: O: 94% Glicemia: 144 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

(X) Oxigênio (X) Hidratação Venosa 300ml 5% 9%

(X) Aspiração (X) Medicação (especificar) fluorfenbutamida

() Curativo () Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

normal. Abdominal normal. com ruídos. Queixa constante

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Unidade/Posto: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

Gleydson Freire
MÉDICO
CRM: 7048020-2068-7348



FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I.

Prontuário: 47.1146

Nome: Edilson do Siqueira Juniores

Naturalidade:

Procedência: União - PI

Idade: 35 anos

Profissão:

H.D.A.: Paciente vítima de acidente automobilístico, deu entrada nesta unidade trazido pelo SMU, dia 13/03/18, se com circunscritura + VM. Epistaxe, TCE grave, com múltiplos ferimentos em face, e relaxamento do nível de consciência. Foi realizado TC de crânio, coluna cervical, tórax e abdome, que evidenciou múltiplas fraturas de maxila (Lefort I), fraturas cominativas de ossos frontais bilaterais para maxilas de maxila (Lefort I), fratura em coluna cervical e nível de C6; hemorragia subaracnóide + edema cerebral; contusão pulmonar bilateral; edema sem líquido livre na cavidade, localizado pela neurocirurgia que orientou manter sedação; além da cirurgia geral, que contraindica intubação orotraqueal. Foi encaminhado para a UTI para reconstrução do sulco gengivo-labial pelo maxilomaxilo (13/03/18). Atualmente encontra-se em sedação com propofol e midazolam, hemodinamicamente estável em uso de noradrenalina, e aguardando a troca de circunscritura para traqueostomia na ORL.

EXAME FÍSICO

Geral: Paciente grave, em mau estado geral, em sedação com propofol e midazolam (RASS: -5). Lúcido, orotírico, múltiplas equimoses + edema em face. Em VM (circunscritura + traqueostomia). TCE grave + HSA + TRU e nível de C6 + contusão pulmonar bilateral.

Neurológico:

Sedado com midazolam (RASS: -5), também em uso de propofol e noradrenalina. Pupilas não avaliadas devido à presença de equimose e edema palpebral bilateral.

HUT-SAME
CONFERE COM O REGISTRO
TERESINA, PI
SERVIDOR: [assinatura]

Ap. Respiratório:

MMB bilateral, com ronesos difusos em ambas hemitórax. Em VM assistido-controlado, confortável, SatO₂: 100%.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL

1. A proposta de transfusão de sangue/hemocomponentes a queerei submetido(a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas me foram explicadas pelo médico solicitante. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. confirmo que recebi as explicações e "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes", e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

Desta forma eu:

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes;

NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão;

Paciente

Responsável

Nome legível:

Grau de parentesco:

Teresina (PI),

Assinatura: Xosélia Ferreira da Silva

RG:

Hora:

ESTE CONSENTIMENTO É VÁLIDO PARA O PERÍODO DE INTERNAÇÃO E SE APLICA AOS PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS COM PRESCRIÇÃO MÉDICA OU RESERVA DE SANGUE/HEMOCOMPONENTES PARA CIRURGIA.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/05/2018
Edna Maria da Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº 0100359

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

REQUISICÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS

DADOS DO PACIENTE

Nome: Edilson de Jesus Prontuário: 369078 Cartão de SUS: 14980000697148

Nascimento: 05/08/1983 Estado Civil: solteiro

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Joelma Mendes de Jesus Estado Civil: casada

Nascimento: 08/08/1981 Residência em: Umas

Parentesco: avó

Declaro que recebi informações claras e simplificadoras e respeito as Transfusões de sangue e hemocomponentes (concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado), o que me foi oferecido a oportunidade de fazer todas as perguntas que julgar necessárias para esclarecer as minhas dúvidas.

Estou ciente de que poderei apresentar febre, calafrios, alergia e raramente problemas pulmonares ou cardíacos, e que serei prontamente atendido pelo médico do plantão responsável pelo meu atendimento.

Estou também ciente de que a transfusão de sangue é feita com um procedimento altamente seguro, mas não isento de riscos de transmissão de bactérias durante o ato transfusional, bem como de doenças infecciosas pela presença da janela imunológica.

Fui informado (a) de que a janela imunológica é o tempo usado para detectar o período de tempo que o organismo, após entrar em contato com um agente infeccioso, demora para produzir anticorpos (anticorpos ou antígenos), que possam ser detectados por exames de sangue, e que a janela imunológica varia de acordo com o tipo de infecção.

Fui também informado (a) de que as indicações básicas para transfusões são restaurar ou manter a capacidade de transporte de oxigênio, o volume sanguíneo e a temperatura, devendo ser realizadas quando existe indicação precisa, nenhuma outra opção terapêutica e os seus benefícios formam a-por-tu-ri-as aos riscos.

Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta seleção criteriosa é considerada pelo médico ao solicitar transfusão.

Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agência Internacional de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões e as podem ser fatais.

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a transfusão de sangue, entrego-lhe o formulário "Informações sobre Transfusões de Sangue e Hemocomponentes" ao pronto paciente e/ou seu responsável e respondo às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado e o tratamento proposto.

Nome: _____ Assinatura: _____ Nº Conselho: _____

Data: _____ Hora: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O PACIENTE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

Nome: Eduardo da Silva Ferraz

Leito: 09 Pront.: 362078

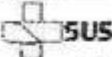
EVOLUÇÃO MÉDICA - MANHÃ

DATA:	DIA DE UTI	
04/05	#2º DI UTI #35 ANOS #1º PO de Artrose cervical C5-C7 (po- dura vertebral)	
- Trecho de nuca em posição cervical;		
S.N.C: GLASGOW: AO <u>4</u> RV <u>5</u> RM <u>6</u> TOTAL: <u>15</u> PUPILAS: <u>ISOCÓRICAS</u>		
paciente consciente, orientado, voluntário de condutas;		
A.C.V: VARIAÇÃO DA P.A:		DROGA VASOATIVA: <u>sem</u>
PA = 69-87		PERF. CAPILAR: <u><2s</u>
A. RESP.: PADRÃO RESPIRAT.: <u>espontânea,</u>		V.M.: <u>—</u>
SAT. O2 <u>Δ = 91-100%.</u>		AUSCULTA: <u>ruído, sem ralecos</u>
A. DIGEST.: DIETA: <u>dieta zero</u>		FEZES: <u>adventiça.</u>
<u>Ridomen plano; voluntário;</u>		<u>sem evolução 12h.</u>
<u>sem bruxismo/guloso;</u>		
RENAL-METABÓLICO: DIURESE: <u>200 ml</u>		BAL. HÍDRICO: <u>1209 ml</u> ESCÓRIAS:
- diurese por dispositivo urinário;		
HEMAT. INFECCIOSO: FEBRE: <u>—</u>		LEUCO: <u>—</u>
ATax = <u>35,3 - 37,1°C</u>		BT: <u>—</u> SEG: <u>—</u>
CONCLUSÃO: - Apresenta enfermagem sobre controle de diurese;		
CONDUTA: - Reforço médico;		

MOD. 256-HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERIR COM O ORIGINAL
EM 04/05
Edna Mary Andrade Silva
CDEIA DE PROFISSIONAL SUP. ATENDIDA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

 SUS Sistema Único da Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GETÚLIO VARGAS			2 - CNES 2 7 2 6 9 7 1	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GETÚLIO VARGAS			4 - CNES 2 7 2 6 9 7 1	
5 - NOME DO PACIENTE Edilson da Silva Almeida			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 05081982	
7 - DATA DE NASCIMENTO 20/08/1982			8 - SEXO M	
9 - NOME DO MÃE OU RESPONSÁVEL Domíngos Trindade da Silva Almeida			10 - TELEFONE DE CONTATO 05081982	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 13 - CÓD. DO MUNICÍPIO 14 - UF 15 - CEP			16 - Nº DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 17 - Nº DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 23 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 40 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 41 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 42 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 43 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 44 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 45 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 46 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 47 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 48 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 49 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 50 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 52 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 53 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 55 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 56 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 58 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 59 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 61 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 62 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 64 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 65 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 67 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 68 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 70 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 71 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 73 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 74 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 76 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 77 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 79 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 80 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 82 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 83 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 85 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 86 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 88 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 89 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 91 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 92 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 94 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 95 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 97 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 98 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 99 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 Causas Associadas	26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 29 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 30 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 32 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 33 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 34 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 35 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 36 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 37 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 38 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 39 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 40 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 41 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 42 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 43 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 44 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 45 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 46 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 47 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 48 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 49 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 50 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 51 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 52 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 53 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 54 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 55 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 56 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 57 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 58 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 59 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 60 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 61 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 62 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 63 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 64 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 65 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 66 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 67 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 68 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 69 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 70 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 71 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 72 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 73 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 74 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 75 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 76 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 77 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 78 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 79 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 80 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 81 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 82 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 83 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 84 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 85 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 86 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 87 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 88 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 89 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 90 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 91 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 92 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 93 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 94 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 95 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 96 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 97 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 98 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 99 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Necessito de UTI
Artrodesse cervical torácica (C4-C5)*

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Antônio Carlos Sousa		40 - DATA DE ASSINATURA 10/08/18
41 - DOCUMENTO 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Antônio Carlos Sousa CPF: 063.229.513-20 CRM: 3720		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOD. 376 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
Edna Maria Araújo Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 010965-0



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA - DEGLUTIÇÃO

PRONTUÁRIO: 0000362078 Cód. ATEND: 0000640239 ENFERMARIA / LEITO: ENFERMARIA: UTI I LEITO: UTI I L-109
NOME: EDILSON DA SILVA FERNANDES DATA DA INTER: 24/04/2018 - 23:46:55
DT. NASC: 05/08/1982 IDADE: 35 Anos 8 Meses 25 Dias

Diagnóstico de Base:

1. PO ARTRODESE CERVICAL - C5, C6; FRATURA DE FACE (LÁBIO INFER. E MAXILA) S.T.C. CUIDADORA.

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS: ☒ Consciente ☐ Atenção reduzida ☐ Sonolento

☐ Coma vigil ☐ Coma profundo

CARACTERÍSTICAS LINGÜÍSTICAS: ☒ Fásico ☐ Afásico ☐ Disfórico ☐ Disfônico

ASPECTOS RESPIRATÓRIOS:

INTUBAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO TEMPO:

VENTILAÇÃO MECÂNICA: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ Invasiva ☒ Não-invasiva TEMPO: CATETER DE O₂

HISTÓRIA DE ASPIRAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

TRAQUEOSTOMIA: ☐ SIM ☒ NÃO TIPO: ☐ Plástica ☐ Metálica ☐ Fenestrada

NÚMERO DA CÂNULA:

TEMPO:

CUFF ☐ SIM ☒ NÃO ☐ INSUFLADO ☐ parcialmente INSUFLADO ☐ DESINSUFLADO

CONSEGUE MANTER-SE COM CUFF DESINSUFLADO? ☐ SIM ☒ NÃO TEMPO:

SECREÇÃO ENDOTRAQUEAL: ☐ SIM ☒ NÃO NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

AUSCULTA CERVICAL: ☒ LIMPA ☐ RUÍDOSA

HISTÓRIA ATUAL E PREGRESSA DE PNEUMONIA:

☐ SIM ☒ NÃO ☐ ATUAL ☐ RECENTE (< 6 MESES) ☐ ANTIGA (> 1 ANO)

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

☐ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ G ☐ J TEMPO: ZERO P LIBERAÇÃO.

COMUNICAÇÃO ORAL: CAPACIDADE DE ARTICULAR OS FONEMAS: ☐ SIM ☒ NÃO

APRESENTA VOZ COM CUFF DESINSUFLADO: ☐ SIM ☒ NÃO

AVALIAÇÃO SENSORIAL-MOTORA ORAL:

GFAS	INTEGRIDADE	TENSÃO	MOBILIDADE	POSTURA
LÁBIOS	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL
LÍNGUA	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL
BOCHECHAS	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL
PALATO DURO	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO			
PALATO MOLE	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO		<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	
MANDÍBULA	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO		<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL

Normal (NL) / Alterado (AL) / Ausência (1) / Reduzido (2) / Adequado (3) / Aumentado (4)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/04/18
Edne Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (MAT. 018055-3)

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS UTI'S

DATA: 03/05/2018	UTI: UTIL09	LEITO: UTIL09	PRONTUÁRIO: 0000362078	COD. ATENDIMENTO: 0000640239	PESO_PREDITO:
NOME: EDILSON DA SILVA FERNANDES			DATA DO NASC.: 05/06/1982	IDADE: 35 Anos 8 Meses 28 Dias	
DEA/UTE: 9	TURNO: NOITE	DIAGNÓSTICO: POL ARTRÓDISE DE COLUMA CERVICAL (C5-C7)			

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:					
<input type="radio"/> CONSCIENTE	<input type="radio"/> ORIENTADO	<input type="radio"/> DESORIENTADO	<input type="radio"/> SONOLENTO	<input type="radio"/> TORPOROSO	<input type="radio"/> COMATOSO
GLASCOW: AO:	RV:	RM:	TOTAL: 17	<input type="checkbox"/> SEDADO	RASS:
MOTRICIDADE OCULAR INTRÍNSECA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS <input type="checkbox"/> MIÓTICAS <input type="checkbox"/> MIDRIÁTICAS <input type="checkbox"/> REATIVAS <input type="checkbox"/> ARREATIVAS					
<input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS: <input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D					
PADRÃO DE RESPOSTA MOTORA: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> NMSS: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> MMII: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E					
<input type="checkbox"/> PLEGIA <input type="checkbox"/> NMSS: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> MMII: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> DESCEREBRAÇÃO <input type="checkbox"/> DECORTICAÇÃO <input type="checkbox"/> ARREFLEXIVO					
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:					
Via Aérea:	<input type="checkbox"/> V.A. SUPERIOR	<input type="checkbox"/> V.A. ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> CÂNULA METÁLICA, Nº	<input type="checkbox"/> CÂNULA PORTEX, Nº	
PADRÃO RESPIRATÓRIO:	<input type="checkbox"/> TÓRACO ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> TORÁCICO	<input type="checkbox"/> ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> PARADOXAL	FR: <input type="checkbox"/> CR
Amplitude:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> PROFUNDA	RITMO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	TIPO:
Ausculta Pulmonar: MV+ DIMINUIDO BILATERALMENTE					
Oxigenoterapia:	<input type="checkbox"/> CATETER	<input type="checkbox"/> VENTURI	<input type="checkbox"/> MACRO	<input type="checkbox"/> VNI APORTE:	l/min SPO2
SECREÇÃO:	<input type="checkbox"/> -/4	<input type="checkbox"/> +/4	<input type="checkbox"/> ++/4	<input type="checkbox"/> +++/4	ASPECTO:
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:	<input type="checkbox"/> BIPAP: IPAP:	cmH2O, EPAP:	cmH2O, <input type="checkbox"/> CPAP: PEEP:	cmH2	
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:					
Via aérea Artificial:	<input type="checkbox"/> TOT: Nº:	<input type="checkbox"/> TQT: Nº:	PRESSÃO CURR:	cmH2O	
Ciclagem:	<input type="checkbox"/> VOLUME	<input type="checkbox"/> PRESSÃO	<input type="checkbox"/> FLUXO	<input type="checkbox"/> TEMPO	
Modalidade:	<input type="checkbox"/> ASSISTIDO/CONTROLADO	<input type="checkbox"/> SIMV	<input type="checkbox"/> PSV	<input type="checkbox"/> CPAP	CUTROS:
Hemodinâmica:	FC: bpm	PA: mmHg	PAM: mmHg		

PARÂMETROS VENTILATÓRIO										
V.C.	V.MIN.	F.R.V.	F.R.T.	P.CONTR.	PEEP	P.PICO	P.PLAT	P.SUPOR.	TRIGGER	FI02
MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA										
SpO2	V.C.esp.	F.R.esp.	V.M.esp.	FR/VC	PaO2/ET02	Pimax	C.Dinam	C.Estat	P.O. 0.1	
GASOMETRIA ARTERIAL										
HORA	PH	PaCO2	E.B.	HCO3	Diff(A-a)O2	SgO2	FI02/coleta	DISTÚRPIO ÁCIDO - BASE		
CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:				FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA				FISIOTERAPIA MOTORA		

OBSERVAÇÃO:

Assinatura
Edna Maria de Sousa Silva
COPADA PRONTUÁRIO DE MAT. 010065

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
Edna Maria de Sousa Silva
COPADA PRONTUÁRIO DE MAT. 010065

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Edilson da Silva Fernandes 310-5

DA CLÍNICA: NEUROLÓGICA

À CLÍNICA: CARDIOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA

AValiação RISCO CIRURGICO

CIRÚRGIA: TRM

ANESTESIA: GERAL

DATA: 25, 4, 18

Dr. Antônio Carlos Sousa
NEUROCIRURGIA
CPF: 963.249.613-20
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PI: 3720

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Id = 35 a

PMHA NAS / DM

NO RISCO CIRURGICO (MORTAL)

ECG = normal

Baixo Risco PI

PROCEDIMENTO NEUROCIRURGICO

Dr. Antônio Carlos Sousa
Cardiologista
CRM-PI

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/05/2018
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PROVA DE IDENTIDADE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **048.669.383-04** Nome completo da vítima: **Edilson da Silva Fernandes**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** CPF titular da conta: _____ Profissão: **Recusado - mãe**
Endereço: **RS SANTA HELENA S/N QD F CASA** Número: **21** Complemento: **Casa**
Bairro: **S - URBANO** Cidade: **UNIÃO** Estado: **PR** CEP: **64120-000**
E-mail: _____ Telefone (DDD): **086.9.9407.0776**

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

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (041)

AGÊNCIA: **4288** D.V. **30433** D.V. **8**
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: _____ Nome: _____
AGÊNCIA: _____ D.V. _____ CONTA: _____ D.V. _____
(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.

Termino 24 de Agosto de 2018
Local e Data

Edilson da Silva Fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100254.000048/2018-18

Unidade de Registro: NUCLEO POLICIAL INVESTIGATIVO DE FEMINICIDIO Resp. pelo Registro: Servulo Carvalho De Sousa Filho

Data/Hora: 14/08/2018 - 14:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

NUCLEO POLICIAL INVESTIGATIVO DE FEMINICIDIO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

ANEL VIARIO, Nº:

Complemento

PROXIMO AO RESIDENCIAL SANTA HELENA

Data/Hora

18/03/2018 - 17:00

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES

Endereço: RESIDENCIAL SANTA HELENA, Nº 21

Complemento: QUADRA F

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abalroamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para relatar que no dia 18/03/2018, por volta das 17h, estava trafegando normalmente em uma motocicleta quando se lembra apenas de uma pancada, que após 1 mês e 3 dias acordou do estado de coma em que se encontrava em decorrência do acidente, e soube que havia colidido em um animal (vaca). Que foi socorrido por um transeunte e foi levado ao Hospital Municipal de União e em seguida encaminhado para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT, apresentando TCE grave, com múltiplas fraturas em face e rebaixamento do nível de consciência, dentre outras lesões e fraturas, conforme consta em relatório médico apresentado no ato do registro deste boletim de ocorrência. Das características da moto envolvida no acidente, se trata de uma HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA NIO-3944, CHASSI Nº 9C2KC1550AR195211, RENAVAM Nº 00250567836, proprietário, Jonas Pinheiro de Sousa Brito. Era o que tinha a relatar.

Servulo Carvalho De Sousa Filho - Mat. 2869683
AGENTE DE POLÍCIA

Edilson da Silva Fernandes
EDILSON DA SILVA FERNANDES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO



FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: 9/01/18 DATA: 18/03/18 HORA: 17:43

01. DADOS DO PACIENTE

NOME: Edilson da Silva Fernandes DN: 08/92 ID: 35 SEXO: M
NOME DA MÃE: Domingas Trindade da Silva Fernandes
CNS: 704 8000 1062 9142 RG: _____ CONTATO: _____
ENDEREÇO: R. Santa Luzia 608 CEP: 04.120.000
BAIRRO: Cruzeiro CIDADE: União UF: PI
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA
S. VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT.02: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 24/07/18

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO

Vítima de acidente automobilístico, com TCE e trauma focal, apresenta edema e hematoma periorbitário direito importante de lábios com perda funcional. Paciente com Glasgow 06 - não responde verbalmente de difícil acesso.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

Foi realizado curativo cirúrgico pelo colega plantonista - Dr. Gleydson Figueira, sob medicação e observação da evolução para transferência para HJT.

HO: TCE grave.

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

SFO 9.1. 1000ml de Ringer, em dois osmos
hidrolar 1mg + AD, manter preparado p/ intubação
Fentanil 1mg + AD manter preparado p/ intubação.

PACIENTE TRANSFERIDO PARA HJT

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA

☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO
CRM

ENFERMEIRO(A)
COREN

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO