



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS
DIR. DE UNID. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRASFERENCIA

DATA: 03/03/18 HORA: 10:55 N° DO TELEFONE: (84) 3472-1340

HOSPITAL SOLICITANTE: U.M.S.P.L. MUNICIPIO: Francinópolis

MÉDICO: CRM:

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jussara da Rocha

Idade: 48 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando
fraturas isoladas em pernas (1) + perna de concha
inferior + fratura isolada de mão (1).

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax: 35.2 °C P: bpm R: mrm PA: 40/30 mmhg Sat o2: 95%

Glicemia: 148 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio

(X) Hidratação Venenosa Soro fisiológico

() Aspiração

(X) Medicação Curativos

(X) Curativo

(X) Outros: mobilização

J CORRETORES
DE SEGUROS

14 JAN 2018

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clínico/ Posto:

Senha

Assinatura e Carimbo do Médico

Enfermeira
COREN-PI 417.791

Obs: Paciente foi retirado de sala médica P224 vítima
de acidente automobilístico. Plantão presente médico: Adilson
de encaminha para Hospital Regional Roberto G. de



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente: <u>Inaldo Lopes Rocha</u>		Idade: <u>48</u>	Data Nasc.: <u>10/07/1970</u>	Cartão SUS: <u>123640644910003</u>
Endereço: <u>R. Manoel Fernandes</u>		Bairro: _____		Cidade: <u>Francinópolis</u>
Data do Atendimento: <u>23/09/18</u>		Hora: <u>22:00</u>	Tipo: <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros	
Exame físico: Sinais Vitais PA: _____ mmHg FC: _____ R: _____		Telefone do Paciente: <u>89-999426523</u>		
Glicemia Capilar _____ Saturação O ₂ : _____		GLASGOW: _____		
Histórico Clínico: <u>Paciente transferido do colé</u> <u>Francinópolis com fratura</u> <u>exposta</u>				
Diagnóstico Inicial: <u>trauma</u>				
Prescrição Médica na Urgência: <u>Oxigenar 15 sat 99%</u> <u>FC: 106</u> <u>PA: 100 x 90</u> <u>Rh 1000 ml EV aberto</u> <u>Cefalotina 1g - 2 amp + 10 DEW</u>			Anotações de Enfermagem	
Destino Paciente: Data: <u>23/09/18</u>			Hora: <u>21:20</u>	
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência _____ <input type="checkbox"/> Sala de Observação <input type="checkbox"/> Óbito _____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial				



CONFERE COM O ORIGINAL

Rafaelle A. Amorim
06.12.18

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRENALDO LOPES DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000083475-0

Nr. da Autenticação 130BEB27B6A7D036

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:


CLIENTE: IRENALDO LOPES DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000083475-0

Nr. da Autenticação B4AB824019465DB9

 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIRUÍ CNPJ: 06.545.747/0001-27 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300		CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888	
MÊS/ANO : 11/2018		VENCIMENTO : 18/11/2018	
IRENALDO LOPES DA ROCHA		MATRÍCULA : 3406105	
RUA MANOEL FERNANDES, NUM. 243			
CENTRO			
FRANCINÓPOLIS PI 64520-000			
INSCRIÇÃO OJE: 001.0001.1252.02		ROTA: 001.1252	
CATEGORIA	ECONOMIA	HIDRÔMETRO	TAXA FATURAM.
RESIDENCIAL	1	109M320400	10
DESCRÇÃO		IP DA CONTA	
REAL		76463131	
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR
27/09/2018	30/10/2018	33	1012
MÉDIA		1021	
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
10/2018 10	09/2018 9	08/2018 8	07/2018 6
06/2018 7	05/2018 8		
ORÇAMENTO VALORES/R\$:			
TAXA DE ÁGUA			26,91
MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001			1,50
DEMONSTRAÇÃO DO TRIBUTOS		Base de Cálculo	28,51
		IR: 1,37	CORRIG: 0,86
		CSLL: 0,29	PIS/PASEP: 0,10
		TOTAL A PAGAR/R\$: 28,51	
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR			

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR			
Parâmetro	Valor Médio	Padrão de Part. 518/06	Verificação
Turbidez	0,62	5,0	Fator
pH	7,76	6,0 a 9,5	Período
Cor	1,66	15,0	Colif. Totais
Cloro	1,98	0,2 a 5,0	Colif. Fecais

13 COMPANHIA
 DE SEGUROS
 14 JAN 2019
 DPVAT

ETIM BLACK

R\$ 149,32

VENCIMENTO

25/12/2018

EMISSÃO: 07/12/2018

POSTAGEN: 17/12/2018

FATURA: 3613257115

CLIENTE: 1.61423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACCESSO: 116 99999-3007

DEBITO AUTOMATICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/NOV A 06/DEZ

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,22
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,48
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 2,63

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Vantagens que seu plano oferece			1	30	07/11 a 06/12	189,99
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	8/12	30	07/11 a 06/12	-50,00
Desconto Oferta TIM Pós C Plus						139,99
Subtotal					07/11 a 06/12	Incluído
10 GB de Internet	10GB	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
Minutos locais e DDD com 40	limitado	149m00s	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Music	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a
 comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite
www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

[illegible]

DE SEGUROS

14 JAN 2019

ETIM

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA


IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 0000000912153676014	MÊS DE REFERÊNCIA DEZ/2018	DATA DE EMISSÃO 07/12/2018	DATA DE VENCIMENTO 25/12/2018	VALOR R\$ 149,32
---	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------

VIA FRANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

34520000001-2 49320109011-2 00361325711-6 50123536776-1



 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIRUÍ CNPJ: 06.545.747/0001-27 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300		CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888	
MÊS/ANO : 11/2018		VENCIMENTO : 18/11/2018	
IRENALDO LOPES DA ROCHA		MATRÍCULA : 3406105	
RUA MANOEL FERNANDES, NUM. 243			
CENTRO			
FRANCINÓPOLIS PI 64520-000			
INSCRIÇÃO OJE: 001.0001.1252.02		ROTA: 001.1252	
CATEGORIA	ECONOMIA	HIDRÔMETRO	TAXA FATURAM.
RESIDENCIAL	1	109M320400	10
DESCRIÇÃO		IP DA CONTA	
REAL		76463131	
DT. LÍQ. ANTER.	DT. LÍQ. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR
27/09/2018	30/10/2018	33	1012
MÉDIA		1021	
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
10/2018 10	09/2018 9	08/2018 8	07/2018 6
06/2018 7		05/2018 8	
ORÇAMENTO VALORES/R\$:			
TAXA DE ÁGUA		26,91	
MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001		1,50	
DEMONSTRAÇÃO DO TRIBUTOS		TOTAL A PAGAR/R\$:	
Base de Cálculo: 28,51		28,51	
IR: 1,37		COTRIM: 0,86	
CSLL: 0,29		PIS/PASEP: 0,10	
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR			

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR			
Parâmetro	Valor Médio	Padrão de Parâmetro	Valor Médio
Turbidez	0,62	5,0	0,62
pH	7,76	6,0 a 9,5	7,76
Cor	1,66	15,0	1,66
Cloro	1,98	0,2 a 5,0	1,98

Verificação	Valor Médio	Padrão de Parâmetro
Fórmula	1,5	1,5
Período	0,00	0,3
Colif. Totais	Assente	0
Colif. Fecais	Assente	0

13 CORPORAÇÃO
 DE SEGUROS
 14 JAN 2019
 DPVAT

Endereço: Rua da República, 1914
 Bairro: Centro - PI
 CEP: 64.000-000
 Fone: (85) 325-0000

TIM BLACK

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMIÇÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RUA SETE DE SETEMBRO, 244
 CENTRO
 64.325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773
CPF/CNPJ: 84939443353
ACESSO: 86 99999-3007
DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/01/2019, sem cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07 DEZ A 06/ JAN

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
<input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

SERVIÇOS ADICIONAIS	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/POS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	139,99
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
Internet	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de voz e DDD com 41	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet para Video	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de voz	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.apmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

APROVADO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,71
0,14%	30%	R\$ 107,08	R\$ 32,32	FUNTEL	R\$ 0,34
IMPOSTO de Serviço de Telecom	1,65%				
IMPOSTO de Serviço de Telecom	9,25%				

Informações Complementares - Plano(s) - Serviço de Internet (SVA)
 Incluído no(s) Plano(s)

Informações Complementares - Plano(s) - Serviço de Internet (SVA)	Valor
Franchising	R\$ 137,49
SVA	R\$ 32,50
Desconto(s) Franchising	R\$ -36,18
Desconto(s) SVA	R\$ -13,82



Meu TIM

Cliente TIM Nova! (em mais comodidade do cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet toda mês. Para mais informações e condições, consulte www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JAN/2019	07/01/2019	25/01/2019	R\$ 139,47

VIA BANCO

845800000001 - 5 39470109011 - 7 00364922324 - 9 00121536776 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho do Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano Carla de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433/53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Renaldo Lopes da Rocha inscrito (a) no CPF sob o nº 349.995.233/53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renaldo Lopes da Rocha inscrito (a) no CPF sob o nº 349.995.233/53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Sete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Eleópolis Veloso</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64325-000</u>
Email <u>carladrianasousa@gmail.com</u>		Telefone Comercial(DDD) <u>(86) 33348.1744</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 93 - 6008</u>

Eleópolis Veloso dia 18 de dezembro de 2018
Local e Data

Adriano Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

COF. DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho do Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano Carla de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433/53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Renaldo Lopes da Rocha inscrito (a) no CPF sob o nº 349.995.233/53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Renaldo Lopes da Rocha inscrito (a) no CPF sob o nº 349.995.233/53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Sete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Elestão Veloso</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64325-000</u>
Email <u>carladrianasousa@gmail.com</u>		Telefone Comercial(DDD) <u>(86) 33348.1744</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 93 - 6008</u>

Elestão Veloso dia 18 de dezembro de 2018
Local e Data

Adriano Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

COFICATÓRIA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS

DIR.DE UNID. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRASFERENCIA

DATA 03/03/18 HORA 20:30 N° DO TELEFONE (84) 3472-1140

HOSPITAL SOLICITANTE U.M.S.P.L MUNICIPIO Francinópolis

MÉDICO _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome João da Rocha

Idade 48 anos Sexo: (x) Masculino () Feminino

HDA

Paciente vítima de acidente automobilístico ocorrido
há alguns dias em uma via pública de Francisco
de Assis + fraturas de ambas as mãos (1).

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

4- Espontânea

5- Orientado

6- Obedece a comandos

3- Comandos

4- Confusa

5- localiza dor

2- A dor

3- Palavras Inapropriadas

4- Movimento de retirada

1- Nenhum

2- Palavras Incompreensíveis

3- Flexão anormal

1- Nenhuma

2- Extensão anormal

1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. 98 PC P: _____ bpm _____ R: _____ mrm _____ PA: 140/80 mmhg Sat O2 95%

Glicemia: 118 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio

(x) Hidratação Venenosa Soluções fisiológicas

() Aspiração

(x) Medicação Doríprone

(x) Curativo

(x) Outros anestésicos

CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: Hospital Regional Roberto Moura

Clínico/ Posto: _____

Senha

Assinatura e Carimbo do Médico Entendente
COREN-PI 417.791

Obs: Paciente foi retirado de área pública F1224 vítima
de acidente automobilístico. Plantão urgente médico admitiu
o encaminhamento para Hospital Regional Roberto Moura



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:		Idade	Data Nasc.	Cartão SUS
Inaldo Lopes Rocha		48	10/07/1970	123640644910009
Endereço:		Bairro		Cidade
R. Manoel Fernandes				Francinópolis
Data do Atendimento		Hora	Tipo	
23/09/18		22:00	<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros	
Exame físico: Sinais Vitais		Telefone do Paciente: 89-99942652		
PA: _____ mmHg FC: _____ R: _____ Glicemia Capilar _____ Saturação O: _____		GLASGOW: _____		
Histórico Clínico:				
Paciente transferido de UCI Francinópolis com fratura exposta.				
Diagnóstico Inicial:				
Trauma				
Prescrição Médica na Urgência:			Anotações de Enfermagem	
O2 por 15 Sat 99% FC: 106 PA: 100 x 60 Rh 1000 ml EV aberto Cefalotina 1g - 2 amp + BDEW			JCO DES	
Destino Paciente: Data: 23/09/18			Hora: 21:20	
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência _____ <input type="checkbox"/> Sala de Observação <input type="checkbox"/> Óbito ____/____/____ Hora: ____ <input type="checkbox"/> Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial				

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Oliver
OG-12-18



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Irenaldo Lopes da Rocha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489346

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".

**3 COPIAS
DE SEGUROS**

14 JAN 2019

DPVAT

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Teto 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Imp: 07/12/2018 11:06:58
(CANE SIMONE)**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA		Prontuário: 489346	
Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA		Pai: FRANCISCO FERNANDES DA ROCHA	
End.Resid.: RUA MANOEL FERNANDES - NORO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI - CEP: 64520-000			
Nascimento: 15/07/1970	Idade: 48a2m14d	Sexo: Masculino	Fone: 89-99942-6523
Responsável: ANTONIO		CNS: 123640644910003	
Profissão: TRABALHADOR RURAL		Documento: CPF: . . .	
G. Instrução: Não alfabetizado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685820	Data: 24/09/2018 00:58:23	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 24/09/2018 de 00:58 às ____:____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 685820/////

TERESINA(PI), 7 de Dezembro de 2018:

CONFERE CARTA ORIGINAL

J. COELHO
DE SEGUROS

14 JAN 2019

Ass. e Matricula do Servidor

DPVAT



225645

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

225645

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA

6 - Prontuário: 489346

7-CNS: 123640644910003

8-Nascimento: 10/07/1970

9-Sexo: Masculino

RG: 1013268 - SSP

11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA

12-Fone: 89-99942-6523

13-Resp: ANTONIO

14-Cor: Sem Informação

15-Endere: RUA MANOEL FERNANDES - NORO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000

17-Cod.IGGE: 220400

18-UF: PI

19-CEP: 64520-000

16-Munic: FRANCINOPOLIS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em 5º quirodactilo D

21 - Condições que justificam a internação:
tto cirúrgico22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame físico + RX24-CID Prim:
S98125-CID Sec.:
S98126-CID C. Sec.:
S981

23-Diagnóstico Inicial:

Amputação traumática de apenas um artelho

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408060042

AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic:

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

29/09/2018

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

Dr. Marcos Antônio P. de A. Viana
Médico Auditor Interno-HUT
CRM-PI-306

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

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:

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI-17025-200001
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANA QUEIROZ)
Consulta Local: 685820
Consulta SUS:
Impressão: 01/11/2018 10:29

AUDITOR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 142814

AIH: 2218101767860



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IRINALDO LOPES DA ROCHA	10/07/1970	M	439346
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA LOPES ROCHA	ANTONIO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				0000
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MORRO DA ESPERANÇA		FRANCINÓPOLIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA - FRATURA EXPOSTA EM 5º QUIRODACTILO D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S91 - AMPUTACAO TRAUMATICA DE APENAS UM ARTELHO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

D408D40042 - AMPUTACAO DESARTICULACAO DE DEDO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER
URGÊNCIADATA SOLICITAÇÃO
29/09/2018LAETRE FRONTIERS DA SILVA FORTOSA
CPF: 74663593372DATA ADMISSÃO
29/09/2018 09:30DATA ALTA
04/10/2018 09:00MOTIVO ALTA
PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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))

LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA
CPF: 46251079215

CRM:

DATA ANÁLISE: 01/11/2018 10:56:14

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



CONSELHO REGIONAL DE SEGUROS

PRIVAT



Terresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Arnaldo Lopes da Rocha Nº PRONT: 489346 Nº LAUDO: 225645

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: 1/1

AUDITOR

19/11/18

Marcos Vinícius S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-Pi 1200 - CMS 1702036512007

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

J. CORREIA
DE SEGUROS

14 JAN 2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/2018

NOME DO PACIENTE: <u>Isenal do Lopes da Rocha</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>489346</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Regulagem de</u>
ANESTESIA: <u>local</u>	Nº DA SALA: <u>02 sala de am-</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Chagas</u>	CPF Nº: <u>putação</u>
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Danielle</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI <u>no 24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>710</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	30		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	PARASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Cateter 02</u>		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		<u>Elehods</u>		05	unid
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		-		<u>Enovas</u>		03	ui
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		<u>Cupem</u>		01	unid
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-					
ALCOFIL		-					
MONONYLON <u>3-0</u>		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL		-		CIRCULANTE: <u>Solange montinho</u>			
PROLENE		-					



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Guinaldo Lopes da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Nervo do 5º dedo met ①

Operação - Tipo

Neuroplastia do 5º dedo met ①

Cirurgião

Dr. J. F. da Silva

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesiata

Anestesia

Local

Anestésico(a)

Data da Operação

29-09-2018

Início

11:15

Fim

11:40

Diagnóstico Pós-operatório

Guinaldo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Neuroplastia do 5º dedo met ①

Neuroplastia do 5º dedo met ①

Dr. F. da Silva
Ortopedia e Traumatologia

DESEMPENHO DE SERVIÇOS

14 JAN 2019



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO centro cirúrgico			
Nome do Paciente: Joaquim Lopes de Rocha			
Diagnóstico pré-operatório: Nervo do SLD do pescoço			
Operação - Tipo: Ligadura do SLD do pescoço			
Cirurgião: [Assinatura]	1º Assistente:		
2º Assistente:	3º Assistente:		
Instrutor(a): Ediane	Anestesista:	Anestesia: Local	
Anestésico(a):			
Data da Operação: 29-09-2018	Início: 11:10	Fim: 11:40	
Diagnóstico Pós-operatório: [Assinatura]			
Relatório Imediato do Patologista:			
Acidente Durante a Operação:			
<p align="center">DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>M. do Uterus e anexos fecund. functio</p> <p>Ligadura do SLD do pescoço functio do SLD do pescoço</p>			

Dr. Fca. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Fca. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

224465

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

145491

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 22446
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA	6 - Prontuário: 489346		
7-CNS: 123640644910003	8-Nascimento: 10/07/1970	9-Sexo: Masculino	RG: 1023268 - SSP
11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA	12-Fone: 89-99942-6523		
13-Resp: ANTONIO	14-Cor: Sem Informação		
15-End: RUA MANOEL FERNANDES - NORO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000			
16-Munic: FRANCINÓPOLIS	17-Cod. IBGE: 220400	18-UF: PI	19-CEP: 64520-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURAS DE METATARSOS, FÊMUR E
4^o e 5^o MP

21 - Condições que justificam a internação:

AS ALIM

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

0408050691-59

0408030342-562

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo SUS 9999	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd.: 003.695.133-12
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO	34-Data Solicitação: 06/10/2018	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Sinistro:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
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:	

Uscário: **RAQUELA OLIVEIRA**
Consulta Local: **685820**
Consulta SUS:
Endereço: **FRANCINÓPOLIS**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 145491
AIH: 2218101791521

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IRENATO LOPES DA ROCHA	10/07/1970	M	489346
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA LOPES ROCHA	ANTONIO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				0000
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MORRO DA ESPERANÇA		FRANCINÓPOLIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA + FRATURA EM 3ª E 4ª METATARSO D + FRATURA DE 4º QUIRODACTILO D. REALIZADO TTO CIRÚRGICO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA (40R05M9) S925 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) 040R020342 S626

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX + EF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S925 - FRATURA DE OUTRO ARTELHO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

CPF: 00369513312

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

06/10/2018

DATA ADMISSÃO

06/10/2018 15:00

DATA ALTA

10/10/2018 09:00

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REPERAÇÃO

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))

CELSO PIRES FERREIRA FILHO

CPF: 76356133792

CRM:

DATA ANÁLISE: 01/11/2018 10:01:02

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente IRENALDO LOPES DA ROCHA		
Diagnóstico pré-operatório FRATURA DE METATARSOS (3º E 4º) PÉ (D) + 4º ADIT (D)		
Operação - Tipo OSTEOSSÍNTESE DE METATARSOS 3º E 4º + OSTEOSSÍNTESE 4º ADIT (D)		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) Andre Leal de Vasconcelos Ortopedia / Serviço da Mão TEC 01 13827 / CRM - PI: 4803	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		

mão + pé - 040805069J 5925
0408080342 5626

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

① PACIENTE EM DDH SOB PRANIA ANESTESIA + BLANQUETAMENTO
② ASSÉPSIA ANTISSEPSIA + CAMPOS
③ ABERTURA DE FD + DIVULSAO POR PLANOS + PINACOM
DE 3º E 4º METATARSOS
④ DILATOSCOPIA + REDUÇÃO INCRUENTA DO 4º ADIT (D)
+ PINACOM COM 2 FIOS K10 CRUZADOS
⑤ CURATIVO FITA.



224309

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 224309
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA	6 - Prontuário: 489346
7-CNS: 123640644910003 8-Nascimento: 10/07/1970 9-Sexo: Masculino	RG: 1013268 - SSPJ
11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA	12-Fone: 89-99942-6523
13-Resp: ANTONIO	14-Cor: Sem Informação
15-Ende: RUA MANOEL FERNANDES - MORRO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000	
16-Munic: FRANCINÓPOLIS 17-Cod.IBGE: 220400 18-UF: PI 19-CEP: 64520-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais sinais e sintomas clínicos:		
INJURIA EM R.C. EM CORA		
21 - Condições que justificam a internação:		
Receita do cirurgião		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):		
04 e 06/10		
23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prin:	25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:
Fratura da extremidade distal do fêmur	S724	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 0408050624 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	Tempo SUS 4
29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 746.635.933-72	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FREITOSA	34-Data Solicitação: 04/10/2018
35-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
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: 19/11/18	48-Documento: () CNS () CPFS	49-Num. Documento: 191118 Marcos Martins S. Moura Médico Autor - FMS - Teresina 50-224309-124 - CNS 170240510001 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: HALCINA OLIVEIRA Consulta Local: 695820 Consulta SUS: Impressão: 04/10/2018 15:25:00		

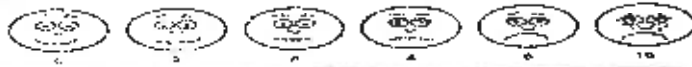
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME IRENAIDO LOPES DA RECHA IDADE 48 anos DATA 06/10 /2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃOCIRURGIA REALIZADA Osteotomia de metatarsos CIRURGIÃO Prado

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>107/70</u>	<u>100/52</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>81</u>	<u>94</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elena</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Descerta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

ASS

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrica () Nasoenteral
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

A 11:20h - Pt admitido na SRPA após 1to cirurgia de osteotomia de metatarsos, sob eqs analgésicas.

A 13:20h - Encaminhado para clínica de enfermagem.

COPIA DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Dr. Miguel Antônio F. Pereira

Médico Anestesiologista

CRM SP 164.610

ANESTESIOLOGISTA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () JORT () NEU () CIR () MÉD

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 142816

AIH: 2218101767662



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IRENALDO LOPES DA ROCHA	10/07/1970	M	489346
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA LOPES ROCHA	ANTONIO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				0000
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MOIRRO DA ESPERANÇA		FRANCINOPOLIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE METATARSO, FEMUR E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

04/10/2018

ANDRE LEAL DE VASCONCELOS

CPF: 00369513312

CRM:

DATA ADMISSÃO

04/10/2018 09:00

DATA ALTA

06/10/2018 15:00

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAR 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

LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA

CPF: 46261079315

CRM:

DATA ANALISE: 06/10/2018 10:55:41

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Irenaldo Lopes da Rocha
Diagnóstico pré-operatório LEIOMIOMA SC. FEUR (D) CONTINUA
Operação - Tipo RAFIPLASTIA DO PONTILHA
Cirurgião Lauro Teófilo 1º Assistente _____
2º Assistente _____ 3º Assistente _____
Instrumentador(a) Enaidiana Anestesista Jackson Anestesia Rayuel
Anestésico(a) _____
Data da Operação 04.10.18 Início 15:00 Fim 16:00
Diagnóstico Pós-operatório _____

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

(1) DPM (2) ASSERVA (3) grupo 5
(4) MUSSO LATERAL (5) PUNTA
DIS PONTILHA (6) FEUR (7)
CURTISSO

Lauro Teófilo
TRACIMATOLOGIA E OTOLOGIA
CRM 15.260



Identificação do Estabelecimento de Saúde



1- Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3- Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	224309

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA			6 - Prontuário: 489346		
7-CRS: 123640644910003	8-Nascimento: 10/07/1970	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .		
11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA			12-Fone: 89-99942-6523		
13-Resp: ANTONIO			14-Fone: 89-99942-6523		
15-Ende: RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000					
16-Munic: FRANCINÓPOLIS	17-Cod. IBGE: 220400	18-UF: PI	19-CEP: 64520-000		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	Quant. Soli- cidata:
0408050624		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR. (METÁFISE DISTAL)	
1-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		1
0702030821	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS		
Fornecedor da OPM: SPINE			

3-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	 TSE Frontiers
10, TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	CPF	
1-Data Solicitação:	40-No.Doc. Med. Solic.:	 TSE Frontiers
04/10/2018	746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Patient von ^{reda} Neuchâtes Des

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO	
Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /
Justificativa da 'NÃO' autorização:	48-CNS/CPF: 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
Nome do Profissional/parecer controle avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /
	52-CNS/CPF: 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ALCINA OLIVEIRA)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Irenaldo Lopes da Rocha</u>		IDADE <u> </u> anos		DATA <u>04/12/2018</u>	
HORA DE ADMISSÃO <u>16</u> hs <u>00</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL (x) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO			
CIRURGIÃO <u>fret. fimir</u>		CIRURGIÃO			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO			
ADMISSÃO		SAÍDA			
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>144/87(99)</u>		<u>124/66</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>77</u>		<u>83</u>	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		<u>100%</u>		<u>100%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/MATRÍCULA		<u>Cezuma</u>			
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR		2		2	
Movimenta os quatro membros		2		2	
Movimenta dois membros		1		1	
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0		0	
ESPIRAÇÃO		2		2	
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		2		2	
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração		1		1	
Tem apnéia		0		0	
CIRCULAÇÃO		2		2	
PA em 20% do nível pré-anestésico		2		2	
PA em 20-49% do nível anestésico		1		1	
PA em 60% do nível pré-anestésico		0		0	
CONSCIÊNCIA		2		2	
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço		2		2	
Desperta, se solicitado		1		1	
Não responde		0		0	
SATURAÇÃO O ₂		2		2	
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente		2		2	
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%		1		1	
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂		0		0	
ESCALA DE DOR		TOTAL		60	
ADMISSÃO		09			
ESCALA DE DOR ALTA		Klénia Freire Parentes		Klénia Freire Parentes	
		ENFERMEIRA		ENFERMEIRA	
		ASS: COREN-PI: 484025		COREN-PI: 484025	
SONDA VESICAL		() DRENO DE SUÇÃO		() DRENO TORACICO	
() DVE		() COLOSTOMIA		SONDA () NASOG () NASOE	
hs mL		hs mL		hs mL	
hs mL		hs mL		hs mL	
LUGAR DE ENFERMAGEM:					
<u>16h Admitido na SRPA, em PZ de fret. fimir. Consciente, orientado. Curioso e</u>					
<u>AA - HU - púria.</u>					
Klénia Freire Parentes					
ENFERMEIRA					
COREN-PI: 484025					
12:35 Alta, recuperado					
Klénia Freire Parentes					
ENFERMEIRA					
COREN-PI: 484025					
CORRETIVO DE SEGUROS					
14 JAN 2019					
DPVAT					
RESERVAÇÃO MÉDICA					
ALTA SRPA					
Dr. Bráulio Brasileiro					
MÉDICO					
CRM FL - 5028					
HORÁRIO <u>17:30</u>					
ANESTESIOLOGISTA					
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()					
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD					

238



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco WTE A Rovent

Diagnóstico pré-operatório

fratura + Juntas no TE

Operação - Tipo

Uso + Juntas

Cirurgião

Dr

Duval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3638

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Uso + Juntas no
TE (7)

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Uso



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

fratura S3 fratura + Juntas
+ Juntas no TE
Uso + Juntas no TE
Ortografia de RAO, suturas
de RAO

Duval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3638

NOME DO PACIENTE PRENUNHO	PRONTUÁRIO 24-10-2017	D. NASCIMENTO	CLÍNICA Ortop.	ENF. ou APT. 235	LEITO 216
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	HORÁRIO	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: 10/10/2017 HORA: 14h	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRM: 3116	10:30	Paciente nuton-		
2 trat trat trat trat			nou do ec em poi		
3 trat trat trat trat			no em MID. Leve dor lombar		
4 trat trat trat trat			various plagiocitos. E		
5 trat trat trat trat			Examine em análise de		
6 trat trat trat trat			meio D. Ad. Enq. M. L. L.		
7 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
8 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
9 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
10 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
11 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
12 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
13 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
14 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
15 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
16 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
17 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
18 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
19 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
20 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
21 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
22 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
23 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		
24 trat trat trat trat			Quiloco SSU: P-86		

Dr. Ediana Nogueira
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 1995 CRM-MA 304

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

ME Kenneth Lopes da Rocha IDADE _____ anos DATA 10/01/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 9 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () TRAQUEAL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA 2m (p 2) CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>100 x 72</u>	<u>103 / 55 / 78</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>	<u>88</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Lucia</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
PIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR ALTA					
TOTAL			<u>09</u>		<u>10</u>
ASS.					

NDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGI () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
09:50 admitido no SRPA em POF de 1to nível para
justificar p/ 2 submetido a cirurgia. Consciente, respirando
espontaneamente, saturação de 100%. FC com monitor cardíaco

10:05 alta do SRPA. Retornar para sala de

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MÉD

10:00: Alta, Espontâneo e Estável

ALTA SRPA

 Dr. Rato Hipólito B.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2968
 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

235/246



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1623 Redenção - Fone: 06 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÔ DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **224465**
 Requisição: **880901** Solicitação: **07/10/2018** Solicitante: **ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS**
 Controle: **1091467** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 246

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 07/10/2018

MAO DIREITA

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

- FRATURA COMINUTIVA NA FALANGE MÉDIA DO 4º DEDO.

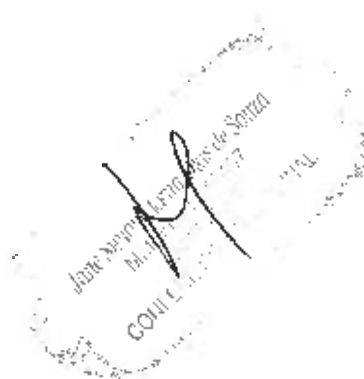
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/11/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. GILIO TILIO 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **224465**
 Requisição: **880901** Solicitação: **07/10/2018** Solicitante: **ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS**
 Controle: **1091466** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 246

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/10/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA.
- FRATURAS COMINUTIVAS NOS 3º E 4º METATARSos.

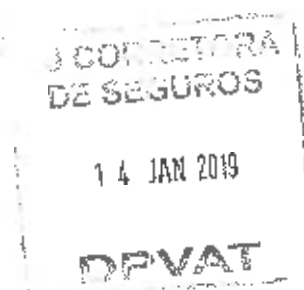
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/11/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 GRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3218 5465

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: 489346)
 Endereço: RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
 Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a3m23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223524
 Requisição: 878403 Solicitação: 29/09/2018 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA
 Controle: 1088174 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 29/09/2018

MAO DIREITA

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

- Fratura na falange média dp 4º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura na falange média dp 4º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 02/11/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA (Prontuário: 489346)**
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**
 Requisição: **877108** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1086517** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SiA: 0204060150

Data Exame: 25/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cavalgada no 3º metatarsiano.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Lino 1920 - Redenção - Fone: 86 3213 5145

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: 489346)
 Endereço: RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
 Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a4m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223524
 Requisição: 877108 Solicitação: 25/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1086516 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 25/09/2018

MAO DIREITA

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

- Fraturas nas falanges médias do 4º e 5º quirodáctilos.
- Fragmentos metálicos em sítio de fratura.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Vito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: 489346)
 Endereço: RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
 Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a4m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223524
 Requisição: 877107 Solicitação: 25/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1086515 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 25/09/2018

JOELHO DIREITO

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

- Fratura cominuta no terço distal do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

[Handwritten signature]
 VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CRM - 1727
 CONDIÇÃO: EM EXERCÍCIO

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5443

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA (Prontuário: 489346)**
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANÇINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a3m19d Sexo: Masculino Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: 685820
 Requisição: 876753 Solicitação: 24/09/2018 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: 1086082 Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 24/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas nos 3º e 4º metatarsos.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Wito 1800 Redenção - Fone: 86 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA (Prontuário: 489346)**
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**
 Requisição: **876752** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARGOS DE SOUSA**
 Controle: **1086080** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 24/09/2018

MAO DIREITA

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

- Fraturas no 3º, 4º e 5º dedos com amputação das falanges distais do 4º e 5º dedos.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF. 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: 489346)
Endereço: RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a3m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685820
Requisição: 876751 Solicitação: 24/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1086076 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 24/09/2018

JOELHO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva no fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**
Requisição: **876751** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1086075** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 24/09/2018

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva no fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA
Data: 29/11/2018
Solicitante: JOELDSO N L.S.PINHO
Convênio: PARTICULAR
Código: 59388

RX COXA FEMORAL DIREITA (02 INC).

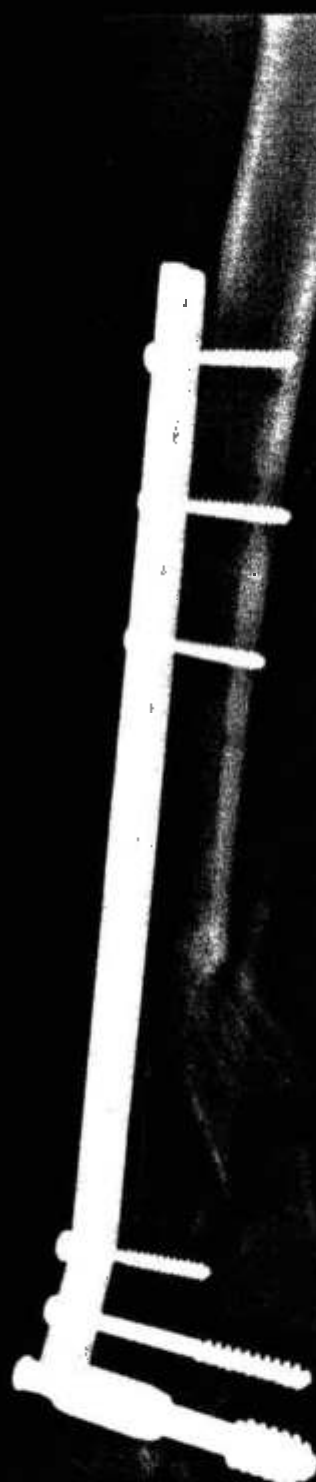
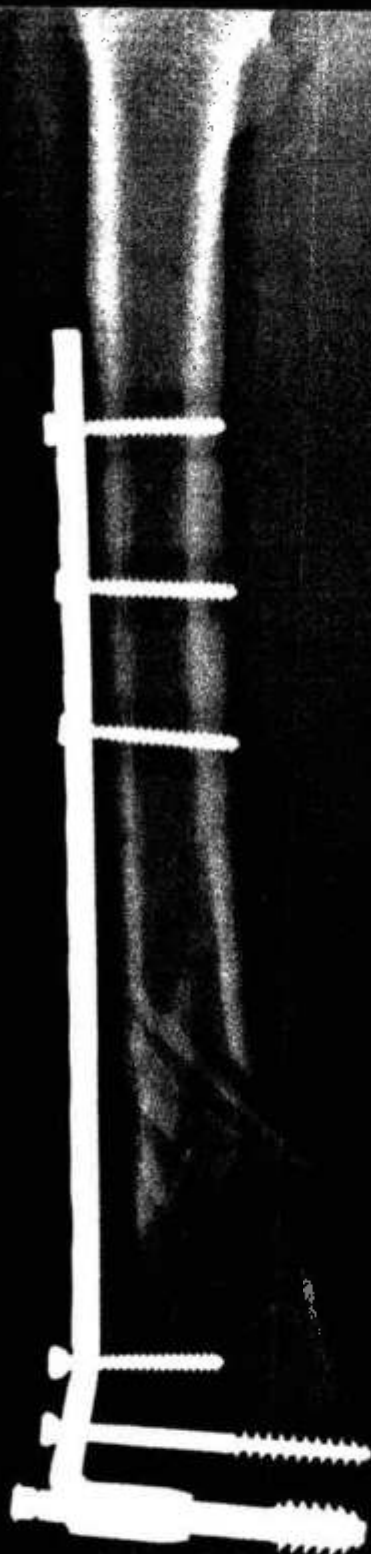
RELATÓRIO

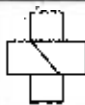
- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura cominutiva no terço distal do fêmur.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

Dir.



**SUS****Sistema
Único de
Saúde****Ministério
da
Saúde****LAUDO PARA
BPA INDIVIDUALIZADO****Prefeitura Municipal de Francinópolis
Secretaria Municipal de Saúde****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3º DO PRONTUÁRIO

4 - NOME DO PACIENTE

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO: RUA Nº BAIRRO

13 - SEXO

14 - SACACOR

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CÓDIGO MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

21 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

*Lombalgia crônica com variação plúvie.***J. CORREYRA
DE SEGUROS****14 JAN 2019****PRIVAT****SOLICITAÇÃO**

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSELHO

30 - DOCUMENTO
LICAS CPF

31 - Nº DOCUMENTO(CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

32 - CID

33 - DATA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - CÓDIGO DE REGISTRO

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSELHO



GOVERNO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINÓPOLIS - PI

RECEITUÁRIO

Relatório

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

MÉDICO
DR. NAT

Declaro que Inualdo Lopes
da Rocha, vítima de acidente
de moto, em 23/09/18, com fratura
do fêmur, sendo exposta, e do pé
direito, e dedos com amputações
de partes do dedo, evoluindo
com incapacidade para deambular,
sendo necessitando a fimio-
terapia, evoluindo com incapacidade
para deambular e para suas
atividades laborais. Presunção
de paralisia.

Assinado, 02/08/19

Dr. Antônio Luiz Dantas da Rosa
CLÍNICA MÉDICA
CRM: 183.710.878-07
CNPJ: 16.540.168/0001-00



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS

DIRETORIA DE UNIDADE DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRANSFERÊNCIA

DATA: 03/03/18 HORA: 20:30 N° DO TELEFONE: (84) 3472-1140

HOSPITAL SOLICITANTE: U.M.S.P.L. MUNICIPIO: Francinópolis

MÉDICO: CRM:

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Japier da Rocha

Idade: 48 anos Sexo: (x) Masculino () Feminino

HDA:

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando
fraturas isoladas em membros superiores e inferiores.
+ fratura de bacia + fratura de fêmur da mão.

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

4- Espontânea

5- Orientado

6- Obedece a comandos

3- Comandos

4- Confusa

5- Localiza dor

2- A dor

3- Palavras Inapropriadas

4- Movimento de retirada

1- Nenhuma

2- Palavras Incompreensíveis

3- Flexão anormal

1- Nenhuma

2- Extensão anormal

1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: 98 PC P: bpm R: mrm PA: 140/80 mmHg Sat O2 95%

Glicemia: 118 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio

(x) Hidratação Venenosa soro fisiológico

() Aspiração

(x) Medicação Analgésico

(x) Curativo

(x) Outros estabilização

CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clínico/ Posto:

Senha

Assinatura e Carimbo do Médico Enfermeira
COREN-PI 417.791

Obs: Paciente foi retirado de sala pública F1224 vítima
de acidente automobilístico. Plantão urgente médico admitiu
e encaminhado para Hospital Regional Norberto de Azevedo



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:						Idade		Data Nasc.		Cartão SUS	
Inaldo Lopes Rocha						48		10/07/1970		123640644910009	
Endereço:						Bairro			Cidade		
R. Manoel Fernandes									Francinópolis		
Data do Atendimento						Hora		Tipo			
23/09/18						22:00		<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros			
Exame físico: Sinais Vitais						Telefone do Paciente: 89-99942652					
PA: _____ mmHg FC: _____ R: _____						GLASGOW: _____					
Glicemia Capilar _____ Saturação O ₂ : _____											
Histórico Clínico:											
Pte. em transição de cole Fratura por compressão com fratura exposta											
Diagnóstico Inicial: trauma,											
Prescrição Médica na Urgência:								Anotações de Enfermagem			
Opoponem 15 sat 99% FC: 106 PA: 100 x 60 Rh 1000 ml EV aberto cefalotina 1g - 2 amp + BDEW											
Destino Paciente: Data: 23/09/18 Hora: 21:20											
() Internação				() Transferência _____							
() Sala de Observação				() Óbito ____/____/____ Hora: _____							
() Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial											

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Oliver
OG-12-18



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Irenaldo Lopes da Rocha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489346

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".

**J. CORREIA
DE SEGUROS**

14 JAN 2019

DPVAT

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Teto 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Imp: 07/12/2018 11:06:58
(CANE SIMONE)**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA		Prontuário: 489346	
Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA		Pai: FRANCISCO FERNANDES DA ROCHA	
End.Resid.: RUA MANOEL FERNANDES - NORO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI - CEP: 64520-000			
Nascimento: 15/07/1970	Idade: 48a2m14d	Sexo: Masculino	Fone: 89-99942-6523
Responsável: ANTONIO		CNS: 123640644910003	
Profissão: TRABALHADOR RURAL		Documento: CPF: . . .	
G. Instrução: Não alfabetizado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685820	Data: 24/09/2018 00:58:23	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 24/09/2018 de 00:58 às ____:____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 685820/////

TERESINA(PI), 7 de Dezembro de 2018:

CONFERE CARTA ORIGINAL

J. COELHO
DE SEGUROS

14 JAN 2019

Ass. e Matrícula do Servidor

DPVAT



225645

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

225645

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA

6 - Prontuário: 489346

7-CNS: 123640644910003

8-Nascimento: 10/07/1970

9-Sexo: Masculino

RG: 1013268 - SSP

11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA

12-Fone: 89-99942-6523

13-Resp: ANTONIO

14-Cor: sem informação

15-Endere: RUA MANOEL FERNANDES - NORO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000

17-Cod.IGGE: 220400

18-UF: PI

19-CEP: 64520-000

16-Munic: FRANCINOPOLIS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em 5º quirodactilo D

21 - Condições que justificam a internação:
tto cirúrgico22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame físico + RX

23-Diagnóstico inicial:

Amputação traumática de apenas um artelho

24-CID Prim:
S981

25-CID Sec.: 26-CID C. Sec.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408060042 AMPUTACÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic:

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

29/09/2018

Dr. Marcos Antônio P. de A. Viana
Médico Auditor Interno - HUT
CRM-PI-306

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

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:

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI-17025-2015
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANA QUEIROZ)
Consulta Local: 685820
Consulta SUS:
Impressão: 01/11/2018 10:29

AUDITOR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 142814

AIH: 2218101767860



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IRINALDO LOPES DA ROCHA	10/07/1970	M	439346
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA LOPES ROCHA	ANTONIO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				0000
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MORRO DA ESPERANÇA		FRANCINÓPOLIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA - FRATURA EXPOSTA EM 5º QUIRODACTILO D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S9R1 - AMPUTACAO TRAUMATICA DE APENAS UM ARTELHO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

D408D40U42 - AMPUTACAO DESARTICULACAO DE DEDO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER
URGÊNCIADATA SOLICITAÇÃO
29/09/2018LAETRE FRONTIERS DA SILVA FORTOSA
CPF: 74663593372DATA ADMISSÃO
29/09/2018 09:30DATA ALTA
04/10/2018 09:00MOTIVO ALTA
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))

LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA
CPF: 46251079215

CRM:

DATA ANÁLISE: 01/11/2018 10:56:14

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

14 JAN 2019
DE SEGUROS

PRVAT



TERESINA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Arnaldo Lopes da Rocha Nº PRONT: 489346 Nº LAUDO: 225645

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.



ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: / /

AUDITOR

19/11/18

Marcos Vinícius S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-Pi 1200 - OAB 170283651/2007

AUDITOR

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR

J. CORREIA
DE SEGUROS

14 JAN 2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/2018

NOME DO PACIENTE: <u>Jenail do bopes da Rocha</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>489346</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Regulagem de</u>
ANESTESIA: <u>local</u>	Nº DA SALA: <u>02 sala de am-</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Chagas</u>	CPF Nº: <u>putação</u>
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Danielle</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI <u>no 24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>710</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	30		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	PARASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Cateter 02</u>		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		<u>Elehods</u>		05	unid
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		-		<u>Enovas</u>		03	ui
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		<u>Cupem</u>		01	unid
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-					
ALCOFIL		-					
MONONYLON <u>3-0</u>		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL		-		CIRCULANTE: <u>Solange montinho</u>			
PROLENE		-					



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Guinaldo Lopes da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Nervo do 5º dedo met ①

Operação - Tipo

Neuroplastia do 5º dedo met ①

Cirurgião

Dr. J. F. da Silva

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesiata

Anestesia

Local

Anestésico(a)

Data da Operação

29-09-2018

Início

11:15

Fim

11:40

Diagnóstico Pós-operatório

Guinaldo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Neuroplastia do 5º dedo met ①
Guinaldo

Neuroplastia do 5º dedo met ①
Guinaldo

Dr. F. da Silva
Ortopedia

JOSÉ ROCHA
DE SEIXANTOS

14 JAN 2019



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO centro cirúrgico					
Nome do Paciente: Joaquim Lopes da Rocha					
Diagnóstico pré-operatório: Nervo do SLD de MTD					
Operação - Tipo: Ligadura e Sutura de SLD de MTD					
Cirurgião: [Assinatura]	1º Assistente:				
2º Assistente:	3º Assistente:				
Instrumentador(a): Eduane	Anestesista:	Anestesia: Local			
Anestésico(a):					
Data da Operação: 29-09-2018	Início: 11:10	Fim: 14:00			
Diagnóstico Pós-operatório:					
Relatório Imediato do Patologista:					
Acidente Durante a Operação:					
<p align="center">DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>Morreu o paciente durante a cirurgia</p> <p>Faleceu</p> <p>Faleceu</p> <p>Morreu no SLD de MTD</p> <p>Faleceu de SLD de MTD</p>					

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
 Cirurgião de Traumatologia

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
 Ortopedia
 DPVAT



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

224465

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

145491

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 22446
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA	6 - Prontuário: 489346		
7-CNS: 123640644910003	8-Nascimento: 10/07/1970	9-Sexo: Masculino	RG: 1023268 - SSP
11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA	12-Pone: 89-99942-6523		
13-Resp: ANTONIO	14-Cor: Sem Informação		
15-Ende: RUA MANOEL FERNANDES - NORO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000			
16-Munic: FRANCINÓPOLIS	17-Cod. IBGE: 220400	18-UF: PI	19-CEP: 64520-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURAS DE METATARSOS, FÊMUR E
4^o e 5^o MP

21 - Condições que justificam a internação:

AS ALIM

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

0408050691-59

0408030342-562

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:	
0415030013	TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd.
	02 01 CPF 003.695.133-12
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:
ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO	06/10/2018
	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Sinistro:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
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:	
	52-Data Autorização: 06/10/2018
	53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	54-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	55-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	56-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	57-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	58-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	59-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	60-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	61-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	62-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	63-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	64-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	65-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	66-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	67-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	68-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	69-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	70-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	71-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	72-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	73-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	74-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	75-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	76-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	77-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	78-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	79-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	80-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	81-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	82-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	83-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	84-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	85-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	86-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	87-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	88-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	89-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	90-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	91-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	92-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	93-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	94-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	95-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	96-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	97-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	98-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	99-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	100-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 145491
AIH: 2218101791521

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IRENATO LOPES DA ROCHA	10/07/1970	M	489346
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA LOPES ROCHA	ANTONIO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				0000
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MORRO DA ESPERANÇA		FRANCINÓPOLIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA + FRATURA EM 3ª E 4ª METATARSO D + FRATURA DE 4º QUIRODÁCTILO D. REALIZADO TTO CIRÚRGICO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA (40R05M9) S925 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) 040R020342 S626

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX + EF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S925 - FRATURA DE OUTRO ARTÉLIO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

CPF: 00369513312

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

06/10/2018

DATA ADMISSÃO

06/10/2018 15:00

DATA ALTA

10/10/2018 09:00

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REPERAÇÃO

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))

CELSO PIRES FERREIRA FILHO

CPF: 7635033792

CRM:

DATA ANÁLISE: 01-11-2018 10:01:02

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente IRENALDO LOPES DA ROCHA		
Diagnóstico pré-operatório FRATURA DE METATARSOS (3º E 4º) PÉ (D) + 4º ADIT (D)		
Operação - Tipo OSTEOSSÍNTESE DE METATARSOS 3º E 4º + OSTEOSSÍNTESE 4º ADIT (D)		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) Andre Leal de Vasconcelos Ortopedia / Serviço da Mão TEC 13827 / CRM - PI: 4803	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		

mão + pé - 040805069J 5925
0408080342 5626

Acidente Durante a Operação

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

- ① PACIENTE EM DDH SOB PRANIA ANESTESIA + BLANQUETAMENTO
- ② ASSÉPSIA ANTISSEPSIA + CAMPOS
- ③ ABERTURA DE FD + DIVULSAO POR PLANOS + PINACOM DE 3º E 4º METATARSOS
- ④ DILATOSCOPIA + REDUÇÃO INCRUENTA DO 4º ADIT (D) + PINACOM COM 2 FIOS K10 CRUZADOS
- ⑤ CURATIVO FITA.



224309

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 224309
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA	6 - Prontuário: 489346
7-CMS: 123640644910003 8-Nascimento: 10/07/1970 9-Sexo: Masculino	RG: 1013268 - SSPJ
11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA	12-Fone: 89-99942-6523
13-Resp: ANTONIO	14-Cor: Sem Informação
15-Ende: RUA MANOEL FERNANDES - MORRO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000	
16-Munic: FRANCINÓPOLIS 17-Cod.IBGE: 220400 18-UF: PI 19-CEP: 64520-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais sinais e sintomas clínicos:		
INJURIA ENTRA EM CORA		
21 - Condições que justificam a internação:		
Receita do cirurgião		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):		
04 e 06/10		
23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prin:	25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:
Fratura da extremidade distal do fêmur	S724	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 0408050624	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	Tempo SUS 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 746.635.933-72	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAD TSE FRONTIERS DA SILVA FREITOSA	34-Data Solicitação: 04/10/2018	35-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
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: 19/11/18	48-Documento: () CNS () CPFS	49-Num. Documento: 191118 Marcos Martins S. Moura Médico Autor - FMS - Teresina 50-224309-123 - CNS 17020000000000000000 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51- Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: HALCINA OLIVEIRA Consulta Local: 695820 Consulta SUS: Impressão: 04/10/2018 15:25:00	

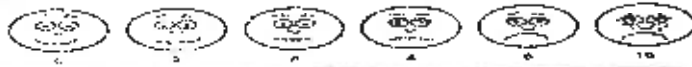
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME IRENAIDO LOPES DA RECHA IDADE 48 anos DATA 06/10 /2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃOCIRURGIA REALIZADA Osteotomia de metatarsos CIRURGIÃO Prado

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>107/70</u>	<u>100/52</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>81</u>	<u>94</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elena</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Descerta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

ASS

() SONDAS VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGI () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

A 11:20h - Pt admitido na SRPA após 1to cirurgia de osteotomia de metatarsos, sob efeito analgésico.

A 13:20h - Encaminhado para clínica de enfermagem.

COPIA DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dr. Miguel Antônio F. Pereira
Médico Anestesiologista
CRM SP 164.610

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () JORT () NEU () CIR () MÉD

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 142816

AIH: 2218101767662



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IRENALDO LOPES DA ROCHA	10/07/1970	M	489346
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA LOPES ROCHA	ANTONIO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				0000
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MOIRRO DA ESPERANÇA		FRANCINOPOLIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE METATARSO, FEMUR E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO
URGENCIA	04/10/2018
DATA ADMISSÃO	MOTIVO ALTA
04/10/2018 09:00	PERMANENCIA POR REOPERACAO
DATA ALTA	
06/10/2018 15:00	

ANDRE LEAL DE VASCONCELOS
CPF: 00369513312

CRM

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
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46261079315	
DATA ANALISE	DATA ANALISE
06/10/2018 10:55:41	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Irenaldo Lopes da Rocha
Diagnóstico pré-operatório LEIOMIOMA SC. FEUR (D) CONTINUA
Operação - Tipo RAFIPLASTIA DO PONTILHA
Cirurgião Lauro Teófilo 1º Assistente
2º Assistente 3º Assistente
Instrumentador(a) Enaldino Anestesista Jackson Anestesia Raynil
Anestésico(a)
Data da Operação 04.10.18 Início 15:00 Fim 16:00
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

(1) DPM (2) ASSERVA (3) grupo 5
(4) MUSSO LATERAL (5) PUNTA
DIS PONTILHA (6) FURTO (7)
CURTILO

Lauro Teófilo
TRACIMATOLOGIA E OTOLOGIA
CRM 11.260.000-0



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

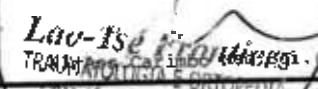
1- Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3- Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	224309

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome:	IRENALDO LOPES DA ROCHA			6 - Prontuário:	489346
7-CNS:	123640644910003	8-Nascimento:	10/07/1970	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	MARIA LOPES DA ROCHA	12-Fone:	89-99942-6523	14-Fone:	89-99942-6523
13-Resp:	ANTONIO	17-Cod.IBGE:	220400	18-UF:	PI
15-Ende:	RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000	19-CEP:	64520-000		
16-Munic:	FRANCINÓPOLIS				

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050624	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILÉANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	
1-Cod.Procedi- ento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli- cidata:
0702030821	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	1
Fornecedor da OPM: SPINE		

3- Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	 Léo Tse Fronteira (CRM) TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PI 2660 SGT (2023)
DR. TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	CPF	
4- Data Solicitação:	40-No.Doc. Med. Solic.:	
04/10/2018	746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura de fêmur
Neclt DCS

AUTORIZAÇÃO

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

AUDITOR

(ALCINA OLIVEIRA)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Irenaldo Lopes da Rocha</u>		IDADE <u> </u> anos		DATA <u>04/12/2018</u>	
HORA DE ADMISSÃO <u>16</u> hs <u>00</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL (x) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO			
CIRURGIÃO <u>fret. fimir</u>		CIRURGIÃO			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO			
ADMISSÃO		SAÍDA			
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>144/87(99)</u>		<u>124/66</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>77</u>		<u>83</u>	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		<u>100%</u>		<u>100%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/MATRÍCULA		<u>Cezuma</u>			
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR		2		2	
Movimenta os quatro membros		2		2	
Movimenta dois membros		1		1	
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0		0	
ESPIRAÇÃO		2		2	
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		2		2	
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração		1		1	
Tem apnéia		0		0	
CIRCULAÇÃO		2		2	
PA em 20% do nível pré-anestésico		2		2	
PA em 20-49% do nível anestésico		1		1	
PA em 60% do nível pré-anestésico		0		0	
CONSCIÊNCIA		2		2	
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço		2		2	
Desperta, se solicitado		1		1	
Não responde		0		0	
SATURAÇÃO O ₂		2		2	
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente		2		2	
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%		1		1	
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂		0		0	
ESCALA DE DOR		TOTAL		60	
ADMISSÃO		09		60	
ESCALA DE DOR ALTA		Klénia Freire Parentes		Klénia Freire Parentes	
		ENFERMEIRA		ENFERMEIRA	
		ASS: COREN-PI: 484025		COREN-PI: 484025	
SONDA VESICAL		() DRENO DE SUÇÃO		() DRENO TORACICO	
() DVE		() COLOSTOMIA		SONDA () NASOG () NASOE	
hs mL		hs mL		hs mL	
hs mL		hs mL		hs mL	
LUGAR DE ENFERMAGEM:					
<u>16h Admitido na SRPA, em PZ de fret. fimir. Consciente, orientado. Curioso e</u>					
<u>AA - HU - púria.</u>					
Klénia Freire Parentes					
ENFERMEIRA					
COREN-PI: 484025					
12:35 Alta, recuperado.					
Klénia Freire Parentes					
ENFERMEIRA					
COREN-PI: 484025					
CORRETIVO DE SEGUROS					
14 JAN 2019					
DPVAT					
RESERVAÇÃO MÉDICA					
ALTA SRPA					
Dr. Bráulio Brasileiro					
MÉDICO					
CRM FL - 5028					
HORÁRIO <u>17:30</u>					
ANESTESIOLOGISTA					
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()					
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD					

238



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco WTE A Rovent

Diagnóstico pré-operatório

fratura + Juntas no TE

Operação - Tipo

Uso + Juntas

Cirurgião

Dr

Duval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3638

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Uso + Juntas no
TE (7)

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Uso



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

fratura S3 fratura + Juntas
+ Juntas no TE
Uso + Juntas no TE
Ortografia de RAO, suturas
de RAO

Duval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3638

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

ME Kenneth Lopes da Rocha IDADE _____ anos DATA 10/01/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 9 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () TRAQUEAL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIÃO 2m (pe 2)

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>100 x 72</u>	<u>103 / 55 / 78</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>	<u>88</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Lucia</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
PIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL <u>09</u>	SAÍDA <u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. <u>MF Aparecida Coutinho</u>	ASS. <u>MF Aparecida Coutinho</u>

NDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGI () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
09:50 admitido no SRPA em POF de 100% com oxigênio para
 manter a saturação de O₂ maior de 92%. Consciente, responde
 verbalmente, respirando cc. FC com umolux inspiratório.

10:05 alto do SRPA. Retornar para sala de espera.

10:00h: Alerta, Espirado e Estável

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 Dr. Italo Hipólito B.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2968
 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT
 ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MÉD



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1623 Redenção - Fone: 06 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÔ DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **224465**
 Requisição: **880901** Solicitação: **07/10/2018** Solicitante: **ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS**
 Controle: **1091467** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 246

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040094**

Data Exame: **07/10/2018**

MAO DIREITA

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

- FRATURA COMINUTIVA NA FALANGE MÉDIA DO 4º DEDO.

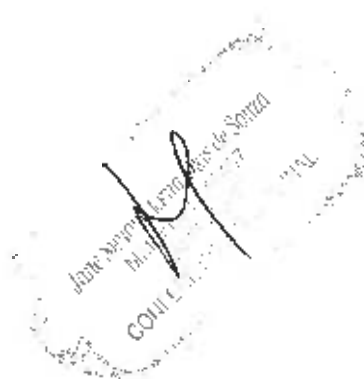
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/11/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. GILLO TATO 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **224465**
 Requisição: **880901** Solicitação: **07/10/2018** Solicitante: **ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS**
 Controle: **1091466** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 246

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/10/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA.
- FRATURAS COMINUTIVAS NOS 3º E 4º METATARSos.

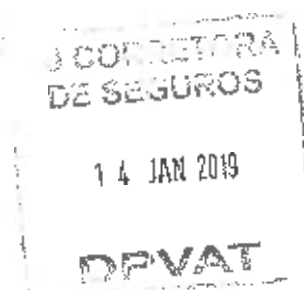
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/11/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 GRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3218 5465

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: 489346)
 Endereço: RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
 Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a3m23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223524
 Requisição: 878403 Solicitação: 29/09/2018 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA
 Controle: 1088174 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 29/09/2018

MAO DIREITA

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

- Fratura na falange média dp 4º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura na falange média dp 4º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 02/11/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA (Prontuário: 489346)**
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**
 Requisição: **877108** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1086517** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SiA: 0204060150

Data Exame: 25/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cavalgada no 3º metatarsiano.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Lino 1920 - Redenção - Fone: 86 3213 5145

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**
 Requisição: **877108** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1086516** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 25/09/2018

MAO DIREITA

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

- Fraturas nas falanges médias do 4º e 5º quirodáctilos.
- Fragmentos metálicos em sítio de fratura.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Vito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: 489346)
 Endereço: RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
 Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a4m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223524
 Requisição: 877107 Solicitação: 25/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1086515 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 25/09/2018

JOELHO DIREITO

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

- Fratura cominuta no terço distal do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

[Handwritten signature]
 VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CRM - 1727
 CONDIÇÃO: REGULAR

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5443

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA (Prontuário: 489346)**
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANÇINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a3m19d Sexo: Masculino Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: 685820
 Requisição: 876753 Solicitação: 24/09/2018 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: 1086082 Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 24/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas nos 3º e 4º metatarsos.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Wito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA (Prontuário: 489346)**
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**
 Requisição: **876752** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1086080** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 24/09/2018

MAO DIREITA

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

- Fraturas no 3º, 4º e 5º dedos com amputação das falanges distais do 4º e 5º dedos.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF. 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: 489346)
 Endereço: RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
 Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a3m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685820
 Requisição: 876751 Solicitação: 24/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1086076 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 24/09/2018

JOELHO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva no fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**
Requisição: **876751** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1086075** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 24/09/2018

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva no fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA
Data: 29/11/2018
Solicitante: JOELDSO N L.S.PINHO
Convênio: PARTICULAR
Código: 59388

RX COXA FEMORAL DIREITA (02 INC).

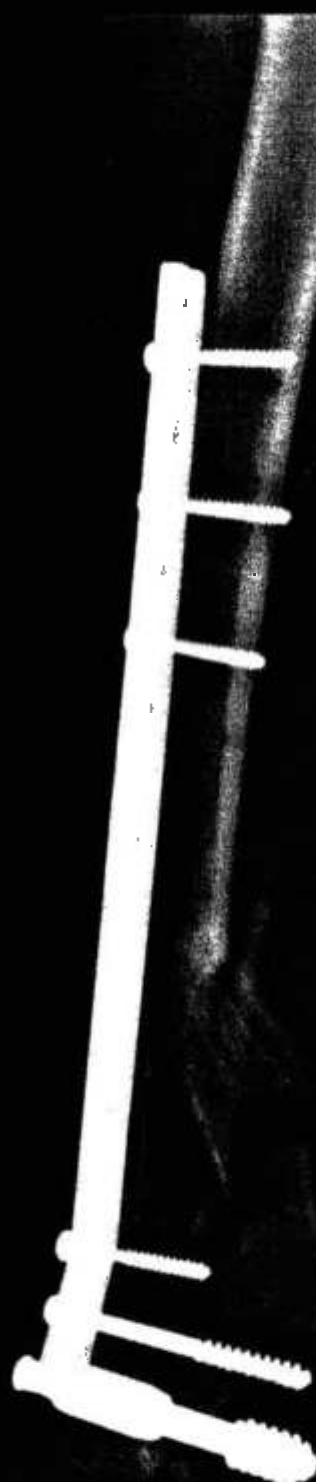
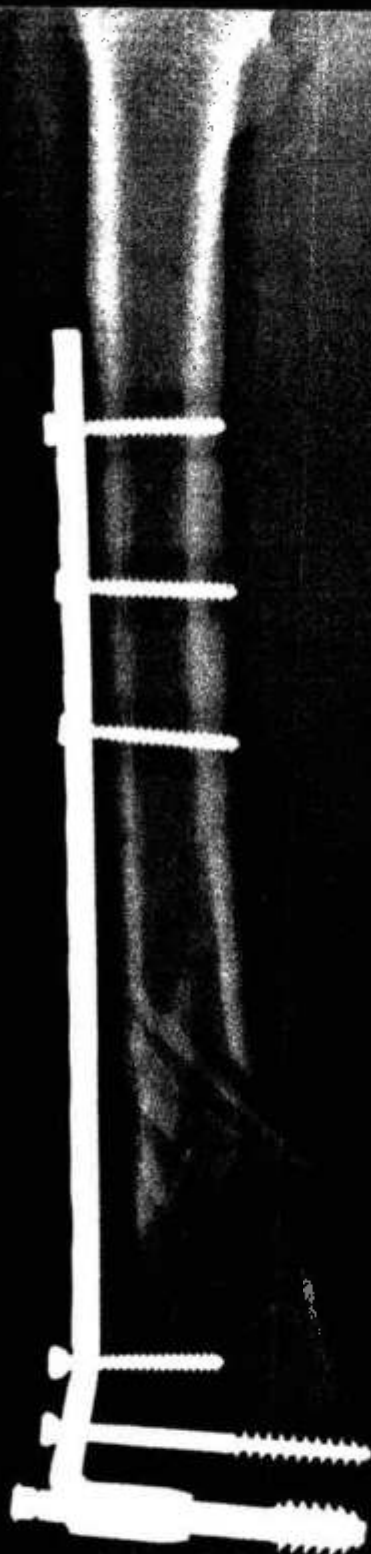
RELATÓRIO

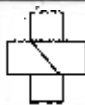
- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura cominutiva no terço distal do fêmur.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

Dir.



**SUS****Sistema
Único de
Saúde****Ministério
da
Saúde****LAUDO PARA
BPA INDIVIDUALIZADO**Prefeitura Municipal de Francinópolis
Secretaria Municipal de Saúde**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3º DO PRONTUÁRIO

4 - NOME DO PACIENTE

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO: RUA Nº BAIRRO

13 - SEXO

14 - SACACOR

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CÓDIGO MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

21 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Lombalgia crônica com variação plúvie.

J. CORREIA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

PRIVAT

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSELHO

30 - DOCUMENTO
LICENÇA

31 - Nº DOCUMENTO(CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

32 - CID

33 - DATA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - CÓDIGO DE ATRIBUIÇÃO

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSELHO

Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA
Data: 15/03/2019
Solicitante: .
Convênio: PARTICULAR
Código: 59388

RX COXA FEMORAL DIREITA (02 INC).

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura cominutiva no terço distal da diáfise do fêmur.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255



RENALDO LOPES DE AROCHA
 Data de nascimento: 01/01/2000
 Data de exame: 07/02/00

RENALDO LOPES DE AROCHA
 Data de nascimento: 01/01/2000
 Data de exame: 07/02/00

RENALDO LOPES DE AROCHA
 Data de nascimento: 01/01/2000
 Data de exame: 07/02/00

Dir.



RENALDO LOPES DE AROCHA
 Data de nascimento: 01/01/2000
 Data de exame: 07/02/00

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI
 Data de nascimento: 01/01/2000
 Data de exame: 07/02/00

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI
 Data de nascimento: 01/01/2000
 Data de exame: 07/02/00



CLÍNICA SANTA TERESINHA
CUIDAR E VIVER

Nome: IRENALDO LOPES ROCHA
Convênio: PLANO ECONOMICO
Solicitante: Dr. JOEL CAMPOS NETO
Código: 238263.01

Idade: 48 anos
Sexo: MASC
Data: 27/12/2018 15:49:00


RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

O estudo radiológico do pé direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Redução difusa da densidade óssea.
- Fraturas no desalinhadas no terceiro e quarto metatarsos.
- Interlinhas articulares aparentemente preservadas.
- Não visualizamos imagem do calcâneo em decorrência da técnica radiográfica utilizada.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. OSTEOPENIA.
2. FRATURAS NO PÉ DIREITO.
3. AUMENTO DE PARTES MOLES.


DR. IVAN FONTENELE GOMES
Radiologista – CRM 2426



CLÍNICA SANTA TERESINHA
CUIDAR E VIVER

Nome: IRENALDO LOPES ROCHA
Convênio: PLANO ECONÔMICO
Solicitante: Dr. JOEL CAMPOS NETO
Código: 238263.01

Idade: 48 anos
Sexo: MASC
Data: 27/12/2018 15:49:00


RADIOGRAFIA DO FÊMUR DIREITO

O estudo radiológico da coxa direita realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura cominutiva no terço distal do fêmur, comprometendo a superfície articular, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Redução do espaço discal femorotibial.
- aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CONTROLE ORTOPÉDICO DE FRATURA COMINUTIVA NO FÊMUR DISTAL.


DR. IVAN FONTENELE GOMES
Radiologista - CRM 2426

Data: 27/12/2018
Hora: 10:42:11
IE: 1381

CLINICA SANTA TERESINHA
IRENALDO LOPES ROCHA,
Sex: Masc
DN: 10/07/1970
ID: 238263

Data: 27/12/2018
Hora: 10:42:11
IE: 1388



Escala: 0.60

FFMIP
LATERAL
W: 3850, L: 2150

4cm

Escala: 0.62

DI

CLINICA SANTA TERESINHA
IRENALDO LOPES ROCHA,
Sex Masc.
DN: 10/07/1970
ID: 238263

Data: 27/12/2018
Hora: 10:42:11
IE: 1312

CLINICA SANTA TERESINHA
IRENALDO LOPES ROCHA,
Sex Masc.
DN: 10/07/1970
ID: 238263

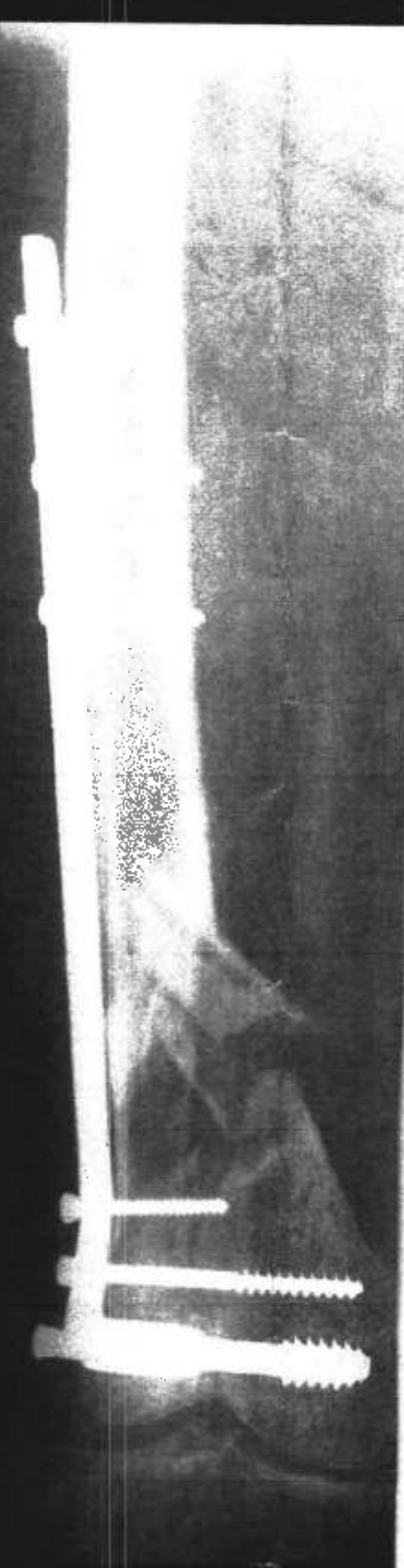


Dir.

FEMUR
AP
W: 3721 L: 2216

4cm

Escala: 0.60



Dir.

FEMUR
AP
W: 3721 L: 2273

4cm

UNICA SANTA TERESINHA
ENALDO LOPES ROCHA,,
x.Masc.
10/07/1970
238263

Data:27/12/2018
Hora:10:42:11
IE:2289



8cm

DATA 27/12/2018
Hora 10:42:11
IE: 1301

CLINICA SANTA TERESINHA
IRENALDO LOPES ROCHA
Sex: Masc
DN: 10/07/1970
ID: 238223

DATA 27/12/2018
Hora 10:42:11
IE: 1300

12cm

12cm

Escala 0 60

FEMUR
LATERAL

W: 3850 L: 2150

1cm

Escala 0 62



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DE TRÂNSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CÂMBIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

DDT: EXISTENTE / CNH: 1551371 / 898 / PI

CPF: 849.394.433-53 DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1977

FUNÇÃO: **JOSE MISSIAS DA SILVA**
MARIA CAROLITA DE SOUSA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO**

Nº REGISTRO: 06983294635 VALIDEZ: 03/01/2015 EXPIRAÇÃO: 04/01/2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1554703040

CNH

Assinatura de Adriana Carla de Sousa Silva

Assinatura do Portador

DATA DE EMISSÃO: 04/01/2019

Nº 06983294635

Nº 1554703040

PIAUI

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
349.995.23

Nome
IRENALDO LOPES DA ROCHA

Nascimento
10/07/1970

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Irenaldo Lopes da Rocha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
digito verificador 00
emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 06/09/2017 (hora e data de Brasília)



CÓDIGO DE CONTROLE
C380.A529.E24F.8692

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.013.268 DATA DE EMISSÃO 18. fev. 1988

NOME IRENALDO LOPES DA ROCHA

PATRONÍMICO Francisco Fernandes da Rocha

MULHER Maria Lopes da Rocha

Francinópolis-Pi. 10. jul. 1970
NATURALIDADE DATA NASCIMENTO

CPF ORIGINAL nascido 4.153.15v.07.11s.1344V
Exp. em Francinópolis-Pi. a 15. jul. 1988

Francisco das Chagas Rocha
LEI Nº 7.115 DE 29-05-93

COOPERATIVA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 1554703040
 VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. GERAL/OUTRO IDENTIFICADOR
 1451771 899 02

CITY
 949 394 412-53

DATA DE NASCIMENTO
 29/07/1977

FAMÍLIA
 JOSE MIGUEL DA SILVA

MARIA CRISTINA DE SOUSA

PERMISSÃO
 06983294635

VÁLIDA
 03/01/2019

PRODUÇÃO
 04/01/2019

Adriana Carla de Sousa Silva
 ASSINATURA DO SEGURADO

LOCAL
 TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
 04/01/2019

54064088123
 PI316207030

PIAUI

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170217039 Nº 013226699104
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 144245250 EXERCÍCIO 2018

IRENALDO LOPES DA ROCHA

34999523353

PLACA ANT/UF 9C2KC15109R046351

PLACA NIC-1655

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

HONDA/CB 150 TITAN KS

002P/149CC

1º IPVA

2º PAGTO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 0,70

PREMIO TOTAL (R\$) 0,70

DATA 11/5/2018

SEM RESTRICOES DE PORTA OBRIGATORIO

SEM VALORES PARA TRANSFERENCIA

FRANCINOPOL

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 013226699104 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/5/2018

VIA 1 34999523353

RENAVAM 144245280

ANO FAB 2009

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

CUSTO DO SENIÃO (R\$) 185,50

DATA DE QUITACAO 08/05/2018

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

14 JAN 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170217039 Nº 013226699104
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 144245250 EXERCÍCIO 2018

IRENALDO LOPES DA ROCHA

34999523353 NIC-1655

9C2KC15109R046351

PLACA ANT/UF -

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

HONDA/CB 150 TITAN KS

002P/149CC

1º IPVA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 0,70

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESTRICOES DE PORTA OBRIGATORIO

FRANCINOPOL

11/5/2018

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 013226699104 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/5/2018

VIA 1 34999523353 PLACA NIC-1655

144245280 HONDA/CB 150 TITAN KS

2009 09 9C2KC15109R046351

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,28 9,03 185,50

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

DATA DE QUITAÇÃO 08/05/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

CONTRAN DENATRAN

14 JAN 2019
DPVAT

Sinistro 31901208064

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Genaldo Lopes da Rocha
RG 1.013.258 / CPF 349.995.233-53
Residente a Rua Manoel Fernandes nº 243 Cidade de
Francinópolis / Bairro: Centro
UF Piauí CEP 64.520-000

Telefone para contato: (86) 99402.2764 86199981.6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicito uma perícia médica DPVAT do meu
processo, porque me pagaram R\$ 1.350,00, e
eu não concordo com o valor, me pagaram
sem nem eu ter sido a uma perícia, tenho
provas na caixa, pe direito, peguem em
meus os laudos

Local: Francinópolis - Piauí UF/ Pi DATA 02/04/2019



Genaldo Lopes da Rocha

ASSINATURA

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064

Cidade: Francinópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do acidente: 23/09/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITOS. FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO. FRATURA DOS 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTA COTO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO, DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITOS. OBSERVA-SE DEFORMIDADE ÓSSEA NO JOELHO DIREITO, DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 30º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º E 4º PODODÁCTILO DIREITOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO 4º DEDO DA MÃO DIREITA, FÊMUR DISTAL DIREITO E 3º E 4º DEDOS DO PÉ DIREITO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM DEZEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito, Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 25/03/2019. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ESTIMANDO UMA INDENIZAÇÃO PARA O 4º QUIRODÁCTILO DIREITO (GRAU MODERADO), PÉ DIREITO (GRAU LEVE) E JOELHO DIREITO (GRAU SEVERO). CONDUTA ALTERADA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064

Cidade: Francinópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do acidente: 23/09/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITOS. FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO. FRATURA DOS 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTA COTO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO, DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITOS. OBSERVA-SE DEFORMIDADE ÓSSEA NO JOELHO DIREITO, DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 30º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º E 4º PODODÁCTILO DIREITOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO 4º DEDO DA MÃO DIREITA, FÊMUR DISTAL DIREITO E 3º E 4º DEDOS DO PÉ DIREITO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM DEZEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito, Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 25/03/2019. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ESTIMANDO UMA INDENIZAÇÃO PARA O 4º QUIRODÁCTILO DIREITO (GRAU MODERADO), PÉ DIREITO (GRAU LEVE) E JOELHO DIREITO (GRAU SEVERO). CONDUTA ALTERADA.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064

Cidade: Francinópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do acidente: 23/09/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO TERÇO DISTAL DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA; OSTEOSÍNTESE DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA; DO FÊMUR DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU COMPLETO PELA PERDA ANATÔMICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA NO VALOR DE R\$ 1.350,00.

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064

Cidade: Francinópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do acidente: 23/09/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO TERÇO DISTAL DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA; OSTEOSÍNTESE DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA; DO FÊMUR DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU COMPLETO PELA PERDA ANATÔMICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA NO VALOR DE R\$ 1.350,00.

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064

Cidade: Francinópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do acidente: 23/09/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO TERÇO DISTAL DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA; OSTEOSÍNTESE DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA; DO FÊMUR DIREITO.
EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, COM DATA DE 02/03/2019, EMITIDO PELO DR. ANTONIO LUIZ DANTAS DA FONSECA, CRM Nº 1884, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Renaldo Lopes da Rocha BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL casado PROFISSÃO Cont. Rural CI RGN. 1.013.268 CPF/ME
Nº 349.995.232-53 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) À
RUA Manoel Fernandes nº 243 Centro
CIDADE DE Francinópolis - Piauí
ESTADO Piauí CEP 64.520-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COPIA
DE SEGUROS
14 JAN 2018

Francinópolis - Piauí - PI 18 de Agosto DE 2018 em Francinópolis - PI



DPVAT
CARTÓRIO UNICO
Reconheço verdadeira a firma do Sr. Renaldo Lopes da Rocha

Em testº da minha fé 18 / 12 / 2018
Francinópolis (PI)

Renaldo Lopes da Rocha

OUTORGANTE

Escritório Judicial
CARTÓRIO UNICO DE FRANCINÓPOLIS-PI
Ireneo Luciano Rodrigues
Escrevente Designado
Métrica: 4149823

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093005/19

Número do Sinistro: 3190208064

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

CPF: 349.995.233-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IRENALDO LOPES DA ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/04/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014711/19

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

CPF: 349.995.233-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: IRENALDO LOPES DA ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IRENALDO LOPES DA ROCHA : 349.995.233-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208064

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRENALDO LOPES DA ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208064

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRENALDO LOPES DA ROCHA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000083475-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208064

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208064

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRENALDO LOPES DA ROCHA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000083475-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASI:

001471110

CPF da vítima:

349.995.233-53

Nome completo da vítima:

Renaldo Lopes da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/ZUL7

Nome completo:

Renaldo Lopes da Rocha

Profissão:

Trab Rural

Endereço:

Rua Manoel Fernandes

Bairro:

Centro

Cidade:

Francinópolis

Estado:

Piauí

E-mail:

Recusou-se

CPF:

349.995.233-53

Número:

243

Comunidade:

Centro

CEP:

64.520-000

Tel (DDD):

(86) 999 81 6008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1606

CONTA:

83475

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autuação não significa prévia ou quitação de qualquer avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão:

assinada:

vitima ou:

beneficiário:

não assinado

Local e Data:

Francinópolis - PI 18/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RCGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, assinado de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

J COFRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2019
DPVAT

CAIXA
POUPANÇA



6277 8011 2158 7988

IRENALDO LOPES DA ROCHA

1606 013 00083475-0 03/21



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASI:

001471110

CPF da vítima:

349.995.233-53

Nome completo da vítima:

Renaldo Lopes da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/ZUL7

Nome completo:

Renaldo Lopes da Rocha

Profissão:

Trab Rural

Endereço:

Rua Manoel Fernandes

Bairro:

Centro

Cidade:

Francinópolis

Estado:

Piauí

E-mail:

Recusou-se

CPF:

349.995.233-53

Número:

243

Comunidade:

Centro

CEP:

64.520-000

Tel (DDD):

(86) 999 81 6008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1606

CONTA:

83475

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autuação não significa prévia ou quitação de qualquer avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão:

assinada:

vitima ou:

beneficiário:

não assinado

Local e Data:

Francinópolis - PI 18/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RCGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, no verso, de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

COPIETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2019
DPVAT

CAIXA
POUPANÇA



6277 8011 2158 7988

IRENALDO LOPES DA ROCHA

1606 013 00083475-0 03/21





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000104/2018-29

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 18/12/2018 - 11:13

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

PI 224, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/09/2018 - 19:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA

RG: 1013268 SSP PI

Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA

Pai: FRANCISCO FERNANDES DA ROCHA

Endereço: RUA MANOEL FERNANDES, Nº 243

Complemento: MORRO DA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

Telefone(s): 89-9930-3899

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 150 TITAN KS

Ano: Placa:

2009 NIC1655

Chassi:

Renavam:

00144245280

Cor:

Preta

Condutor: IRENALDO LOPES DA ROCHA

End: RUA MANOEL FERNANDES Número: 243 Complemento:

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

Proprietário: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante vem a essa delegacia de polícia comunicar que na noite de 23 de setembro de 2018 pegou sua moto, acima qualificada, em Francinópolis-PI com direção ao município de Várzea Grande, pela PI-224. No entanto, poucos minutos depois após partir de Francinópolis o noticiante colidiu sua moto com algum animal que ele não chegou a ver, e foi ao chão, já desacordado. Após o acidente, o noticiante foi levado pela ambulância de Francinópolis ao Posto de Saúde da cidade onde foi realizado os primeiros socorros. Ainda na mesma noite, devido a gravidade dos ferimentos, o noticiante foi transferido para o Hospital de Urgências de Teresina (HUT) onde passou por cirurgia devido a fratura exposta em sua perna direita. Era o que tinha a informar.

Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

IRENALDO LOPES DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000104/2018-29

Paulo Roberto de Sousa

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000104/2018-29

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 18/12/2018 - 11:13

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

PI 224, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/09/2018 - 19:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA

RG: 1013268 SSP PI

Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA

Pai: FRANCISCO FERNANDES DA ROCHA

Endereço: RUA MANOEL FERNANDES, Nº 243

Complemento: MORRO DA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

Telefone(s): 89-9930-3899

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 150 TITAN KS

Ano: Placa:

2009 NIC1655

Chassi:

Renavam:

00144245280

Cor:

Preta

Condutor: IRENALDO LOPES DA ROCHA

End: RUA MANOEL FERNANDES Número: 243 Complemento:

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

Proprietário: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante vem a essa delegacia de polícia comunicar que na noite de 23 de setembro de 2018 pegou sua moto, acima qualificada, em Francinópolis-PI com direção ao município de Várzea Grande, pela PI-224. No entanto, poucos minutos depois após partir de Francinópolis o noticiante colidiu sua moto com algum animal que ele não chegou a ver, e foi ao chão, já desacordado. Após o acidente, o noticiante foi levado pela ambulância de Francinópolis ao Posto de Saúde da cidade onde foi realizado os primeiros socorros. Ainda na mesma noite, devido a gravidade dos ferimentos, o noticiante foi transferido para o Hospital de Urgências de Teresina (HUT) onde passou por cirurgia devido a fratura exposta em sua perna direita. Era o que tinha a informar.

Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

IRENALDO LOPES DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000104/2018-29

Paulo Roberto de Oliveira

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASI:

001471110

CPF da vítima:

349.995.233-53

Nome completo da vítima:

Renaldo Lopes da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/ZUL7

Nome completo:

Renaldo Lopes da Rocha

Profissão:

Trab Rural

Endereço:

Rua Manoel Fernandes

Bairro:

Centro

Cidade:

Francinópolis

Estado:

Piauí

E-mail:

Recusou-se

CPF:

349.995.233-53

Número:

243

Comunidade:

Centro

CEP:

64.520-000

Tel (DDD):

(86) 999 81 6008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1606

CONTA:

83475

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autuação não significa prévia e incondicional avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão:

assinada:

vitima ou:

beneficiário:

não assinado

Local e Data:

Francinópolis - PI 18/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RCGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, assinado de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

J COFRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2019
DPVAT

CAIXA
POUPANÇA



6277 8011 2158 7988

IRENALDO LOPES DA ROCHA

1606 013 00083475-0 03/21



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASI:

001471110

CPF da vítima:

349.995.233-53

Nome completo da vítima:

Renaldo Lopes da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/ZUL7

Nome completo:

Renaldo Lopes da Rocha

Profissão:

Trab Rural

Endereço:

Rua Manoel Fernandes

Bairro:

Centro

Cidade:

Francinópolis

Estado:

Piauí

E-mail:

Recusou-se

CPF:

349.995.233-53

Número:

243

Comunidade:

Centro

CEP:

64.520-000

Tel (DDD):

(86) 999 81 6008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAMENTO:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1606

CONTA:

83475

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autuação não significa prévia e incondicional avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão:

assinada:

vitima ou

beneficiário:

não assinado

Local e Data:

Francinópolis - PI 18/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RCGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, assinado de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

J. COFRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2019
DPVAT

CAIXA
POUPANÇA



6277 8011 2158 7988

IRENALDO LOPES DA ROCHA

1606 013 00083475-0 03/21





GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS
DIR. DE UNID. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRASFERENCIA

DATA: 03/03/18 HORA: 10:55 N° DO TELEFONE: (84) 3472-1340

HOSPITAL SOLICITANTE: U.M.S.P.L. MUNICIPIO: Francinópolis

MÉDICO: CRM:

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jussara da Rocha

Idade: 48 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA:

paciente vítima de acidente automobilístico apresentando
fraturas isoladas em pernas (1) + perna de concha
inferior + fratura isolada do mto (1)

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax: 35.2 °C P: bpm R: mrm PA: 40/80 mmhg Sat o2 95%

Glicemia: 148 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio

(X) Hidratação Venenosa

() Aspiração

(X) Medicação

(X) Curativo

(X) Outros: mobilização

1 CORRETOR DE SEGUROS

14 JAN 2018

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clínico/ Posto:

Senha

Assinatura e Carimbo do Médico Enfermeira

Coren PI 417.791

Obs: Paciente foi retirado de casa pela família vítima
de acidente automobilístico. Plantão presente médico e enfermeiro
foi encaminhado para Hospital Regional de Franca.



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente: <u>Inaldo Lopes Rocha</u>		Idade: <u>48</u>	Data Nasc.: <u>10/07/1970</u>	Cartão SUS: <u>123640644910003</u>
Endereço: <u>R. Manoel Fernandes</u>		Bairro: _____		Cidade: <u>Francinópolis</u>
Data do Atendimento: <u>23/09/18</u>		Hora: <u>22:00</u>	Tipo: <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros	
Exame físico: Sinais Vitais PA: _____ mmHg FC: _____ R: _____		Telefone do Paciente: <u>89-999426523</u>		
Glicemia Capilar _____ Saturação O ₂ : _____		GLASGOW: _____		
Histórico Clínico: <u>Paciente transferido do colé</u> <u>Francinópolis com fratura</u> <u>exposta</u>				
Diagnóstico Inicial: <u>trauma</u>				
Prescrição Médica na Urgência: <u>Oxigenar 15 sat 99%</u> <u>FC: 106</u> <u>PA: 100 x 90</u> <u>Rh 1000 ml EV aberto</u> <u>Cefalotina 1g - 2 amp + 10 DEW</u>			Anotações de Enfermagem	
Destino Paciente: Data: <u>23/09/18</u>			Hora: <u>21:20</u>	
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência _____ <input type="checkbox"/> Sala de Observação <input type="checkbox"/> Óbito _____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial				



CONFERE COM O ORIGINAL

Rafaelle A. Amorim
06.12.18