

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374279 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MENESSES DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
TRAUMA TORÁCICO (PNEUMOTÓRAX E HEMOTÓRAX À DIREITA + FRATURA DOS ARCOS COSTAIS 5º AO 8º À DIREITA)
FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL T5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO SEGMENTO TORÁCICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO TORÁCICO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374279 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MENESES DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
TRAUMA TORÁCICO (PNEUMOTÓRAX E HEMOTÓRAX À DIREITA + FRATURA DOS ARCOS COSTAIS 5º AO 8º À DIREITA)
FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL T5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO SEGMENTO TORÁCICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO TORÁCICO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374279 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MENESES DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
TRAUMA TORÁCICO (PNEUMOTÓRAX E HEMOTÓRAX À DIREITA + FRATURA DOS ARCOS COSTAIS 5º AO 8º À DIREITA)
FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL T5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO SEGMENTO TORÁCICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO TORÁCICO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: Francisco meneses da Silva		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: Solteiro	Profissão: Lavrador
Identidade nº: 1.540 659	CPF nº: 755.125.303-30	
Endereço: Rua José Ribamar nº 712 Bairro Piquizeiro - Barras - PI		
CEP: 64.100-000	Telefone: (86) 99982-3093	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI CPF nº: 703.754.703-44
Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326 / 9982-3093 / 8828-8177
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vítima
Francisco meneses da Silva

Barras 05/06/2018

Local e data



- Outorgante -

Francisco meneses da Silva

2018-08-24 2:15:30001-31 - DNS - 46320

AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO MENDES DA
BALDEADA BOUÉE BARBAS 05/07/2018 18:24:02

DA VERDADE DOU FÉ. BARRAS



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO MENESSES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180374279**
Vitima: **FRANCISCO MENESSES DA SILVA**
Data do Acidente: **16/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180374279**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

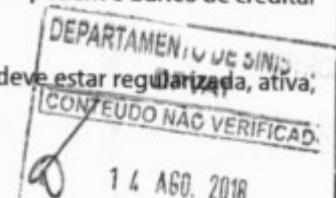
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

755.125.303-30

Nome completo da vítima

Francisco menezes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francisco menezes da Silva	CPF titular da conta	755.125.030-30	Profissão	Lavrador
Endereço	Rua José Ribamar Pereira	Número	712	Complemento	
Bairro	Piquizeiro	Cidade	Barras	Estado	Piauí
Email				CEP	
				Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00				
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)					
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____					
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 28uu	D/V U	CONTA NRO. 6.075	D/V 1	AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)

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

Barras , 03 de Agosto de 18
Local e Data

Francisco menezes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

865 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 106495.000740/2018-91

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Bergson Monteiro De Carvalho

Data/Hora: 12/06/2018 - 12:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

LOCALIDADE LUIZA DOIDA, Nº:

Complemento

464284

Data/Hora
16/04/2018 - 00:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Mãe: RAIMUNDA MENEZES DA SILVA

Pai: RAÍMUNDO ANTONIO DA SILVA

Endereço: RUA JOSÉ RIBAMAR PEREIRA, Nº 712

Bairro: PIQUIZEIRO

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SÍNIS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 14 AGO. 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64000-070

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA BIZ 100 ES

Condutor: FRANCISCO MENESES DA SILVA

End: RUA JOSÉ RIBAMAR PEREIRA Número: 712 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: PIQUIZEIRO

Proprietário: FRANCINEIDE DA COSTA

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

2013 OUD3499 9C2HC1420DR044966

Renavam:

00550423273

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante estava pilotando a motocicleta supramencionada, aproximadamente às 00:00 horas, na PI 110 que liga a cidade de Barras-PI à cidade de Miguel Alves-PI, próximo à localidade Luíza Doida, município de Barras-PI, quando, em determinado momento dentro de um boeiro localizado no acostamento da pista; QUE perdeu o controle da moto, bateu no meio fio sendo lançado dentro do boeiro durante toda a madrugada; QUE às 06:00 horas da manhã foi encontrado por uma pessoa que passava no local e ouviu os gritos de socorro; QUE então foi acionado o SAMU que o levou ao Hospital Regional Leônidas Melo em Barras; QUE foi de 20 dias internado. Era o relato.

Bergson Monteiro De Carvalho - Mat. 2866072
 AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO MENESES DA SILVA - Noticiante
 Responsável pela Informação



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

865 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000740/2018-91

Delegado de Polícia



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco meneses da Silva

CPF da Vítima

755.125.303-30

Data do Acidente

16. 04. 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

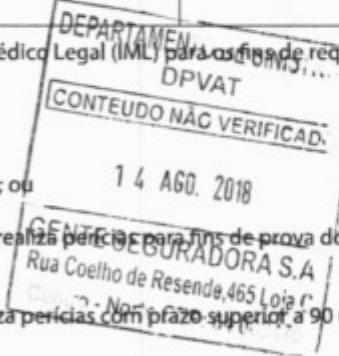
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Barra 03 de Agosto de 18
Local e Data

Francisco meneses da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



PREFEITURA DE
Barras
Juntos construindo o futuro

AMBULÂNCIA ACIONADA:

USB

DATA: 16/04/2018

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

PI Banas / Miguel Alves

NOME DO PACIENTE:

Francisco Mendes da Silva

SEXO: M F

IDADE: 40 anos

SAÍDA DO P.A.: 05:48

CHEGADA AO LOCAL 05:53

SAÍDA DO LOCAL 06:08

CHEGADA AO HOSPITAL 06:16

01- ACIDENTE DE TRÂNSITO08- QUEDA02- AGRESSÃO FÍSICA09- MAL SÚBITO03- URGÊNCIA PSQUIÁTRICA10- URGÊNCIA OBSTÉTRICA04- ENVENENAMENTO11- OUTROS05- AFOGAMENTO12- JÁ REMOVIDO06- QUEIMADURAS13- FALSO CHAMADO07- CHOQUE ELÉTRICO

SH 206:37

CB 206:42

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

PUPILA:

FALA:

ALERTA

IGUAIS

NORMAL

RESponde a comando

DESIGUAIS

CONFUSA

RESponde a dor

NENHUMA

SEM RESPOSTA

PULSO RADIAL:

FORTE

SANGRAMENTO:

AUSENTE

FRACO

MÍNIMO

AUSENTE

MODERADO

INTENSO

INTENSO

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL

110x80

PULSO

89
22

RESPIRAÇÃO

T: 36,5 6:11 + 5 = 96

OBSERVAÇÕES

paciente vítima de acidente automobilístico, com
suspeita de fratura na coluna.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

 ASPIRAÇÃO PRANCHA LONGA
DPVAT OUTROS OXIGÉNIO PRANCHA CURTA
CONTEUDO NÃO VERIFICADO REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR KED CURATIVOS COLAR CERVICAL IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES ASSIST. OBSTÉTRICA

DEPARTAMENTO DE SINOS...
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24000-000

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

ÓBITO:

- ANTES DO SOCORRO
- ANTES DO TRANSPORTE
- NO TRANSPORTE

HRLM

HOSPITAL DE DESTINO:
Priscilla Adélia Bezerra Lemos
Eduardo Henrique
EMERPEMEIRA

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

Bd

SOCORRISTA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO MENESSES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 000010006015-3

Nr. da Autenticação 40C5325780645FAF

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal 005785877

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	22/05/2018	97	86,15

FRANCISCO MENESES DA SILVA
R. JOSE RIBAMAR PEREIRA 712 712 PIQUIZEIRO
CPF: 00075512530330
CEP: 64.100-000 - BARRAS ROT: 310.313.10.32.263800

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	10166		Atual:	15/05/2018
Anterior:	10069		Anterior:	16/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	15/06/2018
Consumo Médio:	97	FCAM	Emissão:	14/05/2018
Consumo Faturado:	97		Apresentação:	15/05/2018

NORMAL 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.
RESIDENCIAL	MONO	A990485		1.1.1.1 132

HISTÓRICO kWh		DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo		
ABR/18	128	CONSUMO 97 A R\$ 0,765587 = 74,26
MAR/18	126	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,13
FEV/18	131	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00 0,62
JAN/18	135	MULTA POR ATRASO 03/18-00 1,87
DEZ/17	156	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00 1,27
NOV/17	145	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,49
OUT/17	132	
SET/17	152	
AGO/17	103	
JUL/17	122	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 97 - 0,559262	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/05/2018. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO F70D.1725.28B3.328D.A829.6E9A.0BC0.96AF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,49	Base de Cálculo:	74,26
Energia:	29,45	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,63	Valor do ICMS:	16,33
Encargos:	4,69	Valor do PIS:	0,65
Tributos:	20,00	Valor do COFINS:	3,02

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,86 7,73 15,45 4,14
0,00 0,00 0,00

CAMPO MAIOR 03/2018 36,75

ROT: 310.313.10.32.263800

 Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO

0753574-0

TOTAL A PAGAR - R\$

86,15

MÊS FATURADO

05/2018

VENCIMENTO

22/05/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 005785877 FCAM

83690000000 8 86150017000 1 00000000753 4 57400518008 2



Aguas de
Teresina

Nossa Água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Plácara - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.36
29180807182233

MATRÍCULA
13650041-2

FATURA NR.
MÊS/ANO
152256673
8/2018

NOSSA ÁGUA MUITO BEM TRATADA
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep: 64019330

LOCALIZAÇÃO
002-00019-002030

GRUPO
002
NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A05N287017

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	LITROS	UDC	FATURADO
05-2018	1.140	16	24
05-2018	1.140	24	24
04-2018	1.140	16	16
03-2018	1.140	15	15
02-2018	1.140	15	15
01-2018	1.140	23	19

ECONOMIAS-CATEGORIAS/TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DIA
ANTERIOR 11/07/2018 LECTURA 1441
ATUAL 07/08/2018 1458

CONSUMO MÊS/M 17
LITROS 12.744,00
PES/PAGAR 62,41 x 1,65% = 1,02
CORRIS 62,41 x 7,68% = 4,74

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO MÊS E (%)
10 25	4.9400 50
25 9999999	8.5300 50

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
VALOR REFERENTE ÁGUA - 61,09 RE. 61,09
> Residencial-Normal 17,0 m³
JUROS POR ATRASO 07/2018 0,16
MULTA POR ATRASO 07/2018 1,16

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO MÊS E (%)

VENCIMENTO 20/08/2018 TOTAL PAGAR 62,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERA SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.967/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XQ)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.718	2.700	18	1,32	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.808	2.327	481	10,01	Inferior a 15,00
PH	2.793	2.782	11	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	2.803	2.559	244	2,56	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XQ)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTais	473	472	1	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	473	473	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 07/08/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:22

TC 1.36
29180807182233

Aguas de
Teresina

MATRÍCULA

13650041-2

FATURA NR.
MÊS/ANO
152256673
8/2018

VENCIMENTO

20/08/2018

VALOR A PAGAR

62,41

82650000000-3 62411535000-8 00201815225-2 66730100104-2



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
7 - Nossa Senhora do Rosário
CEP 64000-000

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 estabelecido na Circular SUSEP nº 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 COAF².

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

² Conselho de 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 Maria do Carmo Proudonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754-703-144, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco menesu da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 755.125.303-30, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco menesu da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 755.125.303-30, 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	Rua Henrique Dias	Número	790	Complemento
Bairro	Vila União	Cidade	Teresina	Estado PI CEP 60019-330
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) 86 99982-3093

Teresina, 03 de Agosto de 18
Local e Data

Maria do Carmo Proudonio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francineida da Costa,

RG nº 1836.426, data de expedição 03/07/16
Órgão S.S.P PL, portador do CPF nº 90886160359, com
domicílio na cidade de Burras, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. José Ribamar Pereira, nº 130
complemento Piquizeiro declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco Menezes da Silva cujo o condutor era
Francisco Menezes da Silva

Veículo: moto

Modelo: HONDA/BIZ 100 ES

Ano: 2013

Placa: OUD-3H99

Chassi: 9CZHJCJH8D0D0 44966

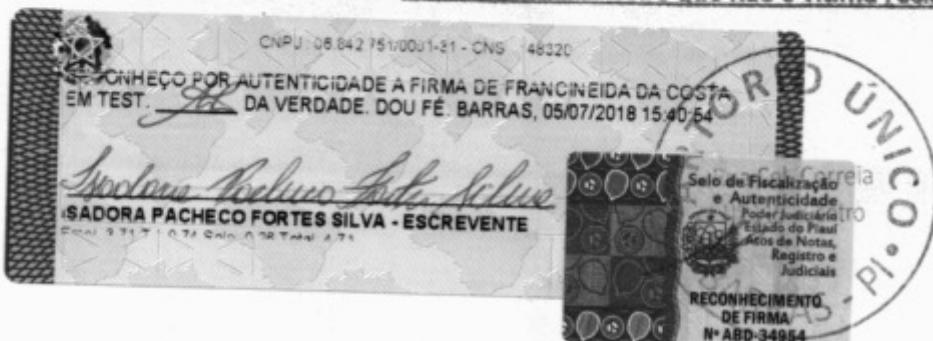
Data do Acidente: 16/04/2018

Local e Data: Burras 05/06/2018

Francineida da Costa
Assinatura do Declarante



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





**GOVERNO
DO PIAUÍ**

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS



HOSPITAL REGIONAL LEÓNIDAS MELO

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
Fernanda Menezes da Silva	04101	
NOME DO MÉDICO:		



Hospital Regional
Leônidas Mello

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO -HRLM**

Praca Monsenhor Bozon, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barras - PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax (86) 3242-1114
CNPJ: 06.553.564/0002-19



FOLHA DE PRESCRIÇÃO					
NOME DO PACIENTE:		ENFERMARIA LEITO		Nº PRONTUÁRIO	
NOME DO MÉDICO:					
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES			
	<p>Acidente de moto vítima de acidente de moto com movimento nos membros inferiores PA = 120/80 mmHg.</p> <p><i>Exame de referência coletado</i></p>				
	<p>12:00 - Sintomas desapareceram horário de consulta para o MDR do dia 10/08/2018 10:00</p> <p><i>Exame de referência coletado</i></p>				
	<p>18:00 - Sintomas desapareceram no dia anterior, volta ao consultório para reavaliação. MDR 07/08/2018 10:00</p> <p><i>Exame de referência coletado</i></p>				
	<p>18:30 - Ambulatório mudi para o hospitalizado no médico de plantão.</p>				



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO**

**GOVERNO
DO PIAUÍ**

Praga Monsenhor Bozom, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barreiras - PI

Fone: (86) 3242-1336 / Fax (86) 3242-1114

CNPJ: 06.553.584/0002-19

E-mail: hrlm.leonidasmelo@hotmail.com

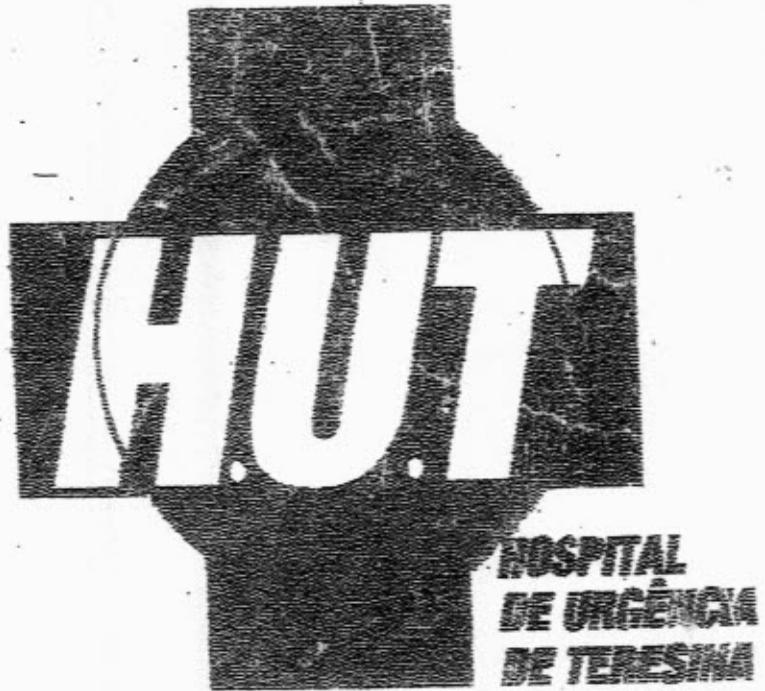
ID=22846

Autôr= 1970 24832



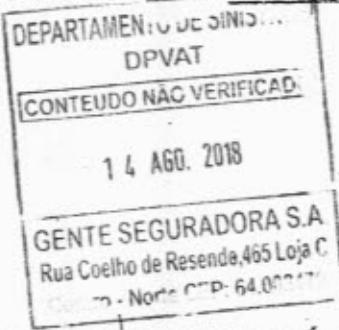
FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE:		Francisco Henrique da Silva		DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:	Dr. Antônio Jr (SAVO)	04/01						
03/04/18	# Acidente no trânsito # → paciente com hemorragia e uma dezena de dias (saia mobilização)							
20/04/18	① Doutor em clínica ② Sfro. 91, 100ml, Ev, pl. mentim. Água ③ Dipirona 500mg (2x) - tempo + 10h Cx. 616h ④ Dexmedetomidina 100ug - tempo + 10h Cx. 12112h ⑤ Regular pote Cx 1 coluna (banho)							
21/04/18	⑥ Ssuv + ecg Cx júnior ⑦ Dr. J. V. (Ssuv)							
22/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
23/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
24/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
25/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
26/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
27/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
28/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
29/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
30/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
31/04/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
01/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
02/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
03/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
04/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
05/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
06/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
07/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
08/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
09/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
10/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
11/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
12/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
13/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
14/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
15/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
16/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
17/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
18/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
19/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
20/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
21/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
22/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
23/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
24/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
25/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
26/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
27/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
28/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
29/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
30/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
31/05/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
01/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
02/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
03/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
04/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
05/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
06/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
07/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
08/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
09/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
10/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
11/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
12/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
13/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
14/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
15/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
16/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
17/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
18/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
19/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
20/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
21/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
22/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
23/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
24/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
25/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
26/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
27/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
28/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
29/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
30/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
31/06/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
01/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
02/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
03/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
04/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
05/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
06/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
07/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
08/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
09/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
10/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
11/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
12/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
13/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
14/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
15/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
16/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
17/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
18/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
19/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
20/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
21/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
22/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
23/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
24/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
25/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
26/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
27/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
28/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
29/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
30/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
31/07/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
01/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
02/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
03/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
04/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
05/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
06/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
07/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
08/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
09/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
10/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
11/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
12/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
13/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
14/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
15/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
16/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
17/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
18/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
19/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
20/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
21/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
22/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
23/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
24/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
25/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
26/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
27/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
28/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
29/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
30/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
31/08/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
01/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
02/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
03/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
04/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
05/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
06/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
07/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
08/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
09/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
10/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
11/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
12/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
13/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
14/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
15/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
16/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
17/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
18/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
19/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
20/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
21/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
22/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
23/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
24/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
25/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
26/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
27/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
28/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
29/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
30/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)							
31/09/18	Dr. J. V. (Ssuv)</td							



NOME DO PACIENTE: Francisco Menezes da Silveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 442938



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".



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedista
SUS SOS
NEURO ZOL

Imp: 17/04/2018 14:47:44

(Pac. Valente de Oliveira)

(Especial: RECAUCAO/PAN)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA		Prontuário: 473938
Mãe: RAIMUNDA MENESES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento: 04/10/1977	Idade: 40a:6m:13d	Sexo: Masculino Fone: 86-94124-909
Responsável: FRANCINEIDE		CNS: 708802781695710
Profissão: PROFESSOR		CPF: 755.125.303-30 RG: -
G. Instrução: Superior Completo		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660571	Data: 17/04/2018 14:44:56	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: DOR NO PEITO/TÓRAX		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Típico: Não
		CID Secundário:

DADOS CLÍNICOS:

Paciente homem branco de 33 anos, quadro de mialgias, dor torácica com gosto de melhoria, 1 mto. MTO.

As. Exan: cardíaco normal, pulso: 80 bpm, pressão arterial de 120/80 mmHg, e sensação de fome

C: Sintomas: dor no tórax, dor lombar + dor abdominal

Alv. de Origen: Gastro

HUT DR. ZENON ROCHA

PA _____ X _____ mmHg Pulso: _____ FC: _____

Exame: Col. Torax e thorax

DATA: 17/04/2018 14:44:56

laquimétrico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- TC coluna toraco lombor

- ALTO de cinquenta pixels

nos orientações do m. Francisco GOMES

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <u>J. M. MENESES DA SILVA</u>
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> MEDICA
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> CRM-PI: 6815
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> DESTINO:	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> DPVAT	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> GONEUDO NÃO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> IML
		<input type="checkbox"/> 14 AGO. 2018	Anat. Patol.
DEPARTAMENTO DE SÍNICO...		<input type="checkbox"/> CID Compatível:	<input type="checkbox"/> Antonio Carlos Neto
DPVAT		<input type="checkbox"/> 3030 400 92	<input type="checkbox"/> Neurologia
GONEUDO NÃO VERIFICADO		<input type="checkbox"/> P068	<input type="checkbox"/> Cardiologia
IML			<input type="checkbox"/> Prof. Relatoriente
Anat. Patol.			<input type="checkbox"/> Internação

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
CNPJ: 05.522.917/0022-02

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 17/04/2018 14:47:44
VALIDATION NUMBER:

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO MENESES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 473938
<u>Mãe:</u> RAIMUNDA MENESES DA SILVA	<u>Pai:</u> - - -	
<u>End. Resid.:</u> RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO 1º BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
<u>Nascimento:</u> 04/10/1977	<u>Idade:</u> 40a:6m:13d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-94124-909
<u>Responsável:</u> FRANCINEIDE		<u>CNS:</u> 708802781695710
<u>Profissão:</u> PROFESSOR		<u>Documento:</u> CPF: 755.125.303-30
<u>E. Instrução:</u> Superior Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660571 Data: 17/04/2018 14:44:56 Clas. Cor: Indefinido
Objetivo da Procura: DOR NO PEITO/TÓRAX Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1) :

Data/Hora Solicitação: 17/07/18 16:20 ESPECIALISTA: FMCST

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Dar fondo al mío
el amor.
Jesús Cruz

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

T colon toro - orden tipo "C" T + con
separación estrecha y retrocurva

$\alpha = \text{intensity}$

Sledd Ferguson

*Antônio Carlos Souza
Neurocirurgião
Instituto São Paulo/Assinatura Prof. Parecer*

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)

Data/Hora Solicitação: ____ / ____ : ____ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITACÃO: DEPARTAMENTO DE INIC...

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2018

CENTRO SEGUROADORA S.A.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 06/06/2010 10:00:00

elvo de Resende, 465

- Norm C-0-840

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

RESCRIÇÃO MÉDICA

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: José Henrique Nogueira da Silveira

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES:

TDM - Fractura TS - T12 e T13 - C6

ALERGIAS:

Alergia - Cl - Plano M&D Fazer nfe

PRONTUÁRIO	Nº FA. D. - NASCIMENTO	CLÍNICA	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
		<u>NEURO</u>	
1. Dieta pastosa	Visto Nutricionista Taisa Caland CRN/PI 10169	14.35h - Pcte admittida aux. Por: <u>Or - Sideralat farrão 100g</u>	
3. SF 0,9% 2000ml EV dia		<u>10/08/2018</u>	
4. Ivermectina 10% - formigas		10/08/2018	
4. Ranitidina 1 caps + AD EV 8/6h		10/08/2018	
5. Peritamina 2ml + 20ml AD EV 10/6h		10/08/2018	
6. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h		10/08/2018	
7. Bromoprida 1 amp + AD EV 10/6h		10/08/2018	
8. Nitrocloridina (30) 20ml AD 10/6h		10/08/2018	
9. Simeprevir 200mg VO 10/6h		10/08/2018	
10. Captopril 25mg VO se PAD > 110 mmHg		10/08/2018	
11. Diazepam 10mg VO às 21h		10/08/2018	
12. Trunadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 10/6h		10/08/2018	
12. Dimorf 10ml + 7ml AD- fazer 3ml EV 4/4h ACM		10/08/2018	
13. Repouso no leito / SSVV 6/6h		10/08/2018	
14. Clexan 80.0 mg SC 12/6h		10/08/2018	

MÉDICO/CRM:

Carolina R. Sampaio
CRM-PI 03700

Carolina R. Sampaio
CRM-PI 03700



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°.: 7349 - Em: (24/04/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
212463	473938	FRANCISCO MENESES DA SILVA	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 216	EXTRA 002	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
		Alergias:				Diagnóstico/Comorbidades:
						TRM-FRATURA DE T5
						RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Seq.:						
Dieta	ORAL TIPO BRANDA,					
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00 Frasco	EV	12/12h	() ()	18.00h. Soluções trans-
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00 Ampola	EV	6/6h	AD	porta para HGJ.
3	TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML. DILUIR EM 100ML DE SF 0,9% E FAZER LENTAMENTE	2,00 Ampola	EV	ACR	14h	citrus
4	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP 0,25ML	1,00 Ampola	Subcutâ	8/8h		20:40 - Transférico p/
5	RANTIDINA 150MG	1,00 Comprim	Oral	12/12h	14:22	06 HGJ
6	ÓLEO MINERAL PURO 15G/100ML	20,00 mL	Oral	8/8h	14:22	06

Observações Gerais: FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITais REGULARES / CUIDADOS GERAIS / DE DECÚBITO 2/2H

NEUROCHECK 2/2 H / CABECEIRA À 30° / MUDANÇA

14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte C.D. 64 000-0000

DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Erenesio Meneses de Silve Nº PRONT. 473938 Nº LAUDO: _____

() GRANDE QUEIMADO COD. 0302070028 () MÉDIO QUEIMADO COD. 0302070010 () FISIOTERAPIA COD. 0302050035

JUSTIFICATIVA

PACIENTE ACAMADO, PRECISA DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA PARA GARANTIR A MELHORA DOS SISTEMAS RESPIRATÓRIO E CARDIOVASCULAR.

DATA: ____ / ____ / ____

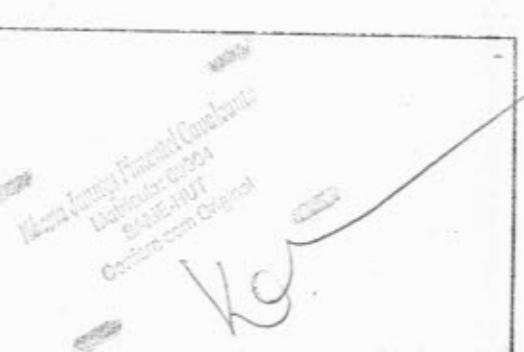
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICAD
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 465 Loja C C - Norte CEP: 64000-000


Dr. Henrique Andrade
Médico Auditor Interno-HUT
CRM-PI 0001

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:


ASSINATURA DO AUDITOR

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: Franco m. da silve N° PRONT: 4730 38 N° LAUDO: _____

- ALTA HOSPITALAR
- PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- TRANSFERÊNCIA
- EVASÃO
- ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO MÉDICO

*José Gilberto A. Brito
Diretor Geral do HUT
Prof.º Zenon Rocha*

AUDITOR



DATA:

*Assinatura do Auditor
Márcio Henrique
Márcio Henrique
Colaborador
Colaborador*

ASSINATURA DO AUDITOR



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR

CNES

756963

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
708802781695710	FRANCISCO MENESES DA SILVA	04/10/1977	473938	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		RAIMUNDA MENESES DA SILVA	FRANCINEIDE	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA	SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PIQUIZEIRO		BARRAS	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C LESAO DA MEDULA ESPINHAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0303040238

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO GRAU MEDIO

CÓDIGO

0303040092

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C LESAO DA MEDULA ESPINHAL

CÓDIGO

0303040238

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA COLUNA NIVEL NAO ESPECIFICADO

T08

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Queda de moto com trauma dorsal. Déficit motor em membros inferiores. TC de coluna torácica demonstra:- PNEUMOTORAX A DIREITA - PEQUENO HEMOTORAX A DIREITA - FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL DE T5, COM FACETA PRESA A DIREITA E DESALINHAMENTO ANTERIOR-POSTERIOR DOS CORPOS VERTEBRAIS - HIPERCIFOSE DORSAL.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016283433443

DATA SOLICITAÇÃO

26/04/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

108785859390004

26/04/2018 12:43:01



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 68090
AIH: 2218100226199

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALARCNES
7569963ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
708802781695710	FRANCISCO MENESES DA SILVA	04/10/1977	M	473938
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
		FRANCINEIDE		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
		SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PIQUEIRO		BARRAS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 1 DIA. ALCOOLIZADO. QUEDA DE GRANDE ALTURA. ENCONTRADO APÓS 12H DO ACIDENTE COM OS PÉS NO RIO. PERDA DA FORÇA MOTORA EM MMII, SENSIBILIDADE PRESERVADA. PA: 120X80MMHG GLASGOW: 15 TAX: 36,5° FC: 86BPM FR: 22IRPM SAT: 96% EM AR AMBIENTE GLICEMIA: 111

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO	
URGÊNCIA	17/04/2018	ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA CRM: 96324961320
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
17/04/2018 14:44	24/04/2018 20:40	TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

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))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO CRUZ MENDES CPF: 13178547304 CRM:	DATA ANALISE: 17/04/2018 16:50:28 CPF: CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



FICHA DE ENCaminhamento

Da unidade:

HRLM - Barras

Para:

Otopediá - HUM

Nome da pessoa encaminhada:

Francisco Menor da Silveira

Registro:

ID=22816

Autorização = 197021832

Motivo do encaminhamento:

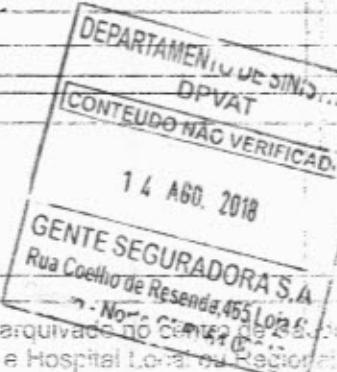
- Paciente vítima de acidente motociclistico há 2 horas, caiu com grande força em mureta, sem conseguir desembalar.
- PA = 120x80mmHg; SatO₂ = 96% em ar ambiente; GC = 117mg/dl; FC = 89 bpm, TAx = 36,5°C

Observações - Obs = sensibilidade de mureta - preservada

- RX coluna lombossacra = sem fraturas.

Data: 17/04/18

Dr. Antonio Junior
(SAYD)
Médico
MEP 12297
Responsible encaminhamento



Obs. Deve ser arquivado no Centro de Saúde
Unidade Mista e Hospital Leônidas Melo

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data:

Resp. p. Diagnóstico:

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no
Hospital de origem através do próprio
Paciente devidamente fechada.

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

216 - EXT 2

NOME DO HOSPITAL: _____
 CONTATO FEITO COM: _____
 CONFIRMADO A VAGA: SIM () NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Franca, menina de 1 mês
 IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
 ENDEREÇO: _____
 ESPONSÁVEL: _____

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

+ PR - Geadas de medula
 Glósg. 15, Paraplegia parcial.



EXAMES REALIZADOS:

TC coluna toracica = fratura T7-
 AO - C

DIAGNÓSTICO:

+ PR - ASIA - C

TRATAMENTO REALIZADO:

Pratyr

SAÚDE
Confirme com o(a) M.D.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Alt. complexidade

Antônio Carlos Souza
Neurocirurgião
Clínica da Coluna
CRM-PI #228

DATA: 17/04/18

Ass. e carimbo do médico



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: **FRANCISCO MENESES DA SILVA** (Prontuário: 473938)

Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI CEP: 64100-000

Nascimento: 04/10/1977 Idade: 40a6m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660571

Requisição: 830478 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1027277 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 17/04/2018

T.C. DE COLUNA LOMBAR

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE L1 AO SACRO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS, LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS, SEJA DIFUSA OU LOCALIZADA.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

DEPARTAMENTO DE SÍNOS ..
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1º
- Norte CEP: 64000-000

TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

Assunto: Exame de T.C. de Coluna Lombar
Médico: Herbert Galeno Prado Mendes
Data: 17/04/2018
Local: Hospital de Urgência de Teresina

W


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: **FRANCISCO MENESES DA SILVA** (Prontuário: 473938)

Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI CEP: 64100-000

Nascimento: 04/10/1977 Idade: 40a6m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660571

Requisição: 830479 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1027278 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 17/04/2018

T.C. DE COLUNA TORACICA

TÉCNICA: Foram realizado através da aquisição helicoidal de 10 mm de espessura com incremento de 10 mm.

- PNEUMOTORAX À DIREITA.
- PEQUENO HEMOTORAX À DIREITA.
- FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL DE T5, COM FACETA PRESA À DIREITA E DESALINHAMENTO ANTERIOR-POSTERIOR DOS CORPOS VERTEBRAIS.
- HIPERCIFOSE DORSAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242
 Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SÍNOS ...
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1º
CEP: 64000-000

Dr. Herbert Prado Mendes
 Matrícula 3242
 CRM-PI
 Crédito com Objeto

W



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ

SUS



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME

IDADE

SEXO

MASC.

FEM.

CLÍNICA

AMBULATÓRIO

INTERNADO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA

CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS

PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI

DATA _____

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

DEPARTAMENTO DE SINDICATO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICAD.
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1º CNPJ: 04.952.135/0001-00



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ

SUS



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME	<i>José Moreira da Silva</i>			
IDADE	SEXO	<input type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> FEM.	CLÍNICA
ENDEREÇO				
DADOS CLÍNICOS	<i>IX Cetim / WMS0 / Socio</i>			
DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)				
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE			

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS
PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI

Dr. José Fontenelle Pinto
CRM - PI 3493
154.932.133-00

DATA / /

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

DEPARTAMENTO DE SINS ..	DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
14 AGO. 2018	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1º n - Norte CEP: 64000-000	

Neurologia

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

Francisco Menezes da

PRONTUÁRIO MÉDICO



Dr. Boinafute
NEURO
Junior
Faturista

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
640240

Prontuário: 362079 FRANCISCO MENESSES DA SILVA

Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA 130 PIQUIZEIRO

Cidade: BARRAS UF:PI CEP: 64100-000

Sexo: M DT. Nasc: 04/10/1977 (Idade: 40 Anos 6 Meses 20 Dias) Estado Civil: C Profissão: PROFESSOR (A)

Cadastro: 24/04/2018 Telefone: 86 9491.7452 Cartão SUS: 708802781695710 CPF: 75512530330

Pai: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA

Mãe: RAIMUNDA MENESSES DA SILVA

Cônjugue:

Responsável: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVAFILHO

Endereço: POV. FORMOSA

Cidade: 3175

0 ZONA RURAL

UF:PI CEP: 64100-000

Constâncio

Funcionário do SAME

Queixa Principal:

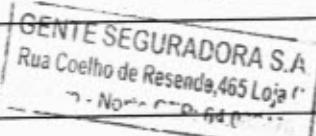
Trun ferido

H.D.A.

Direito de moto



14 AGO. 2018



Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Acabado. Direito. Payer end.

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdômen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Direito m.p. m.i. díspito.

Diagnóstico:

Trun ferido.

Plano Terapêutico:

Articular de esboçar ferido.

Data / Hora: ___ / ___ / ___ : ___

Dr. Abimael Soárez Koch
NEUROLOGIA
CRM: 1986
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

AIH : 221810106471-B

INT : HGV

Número da Unidade : 1441100001

o Estabelecimento de Saúde

Estabelecimento solicitante:

ITAL GETULIO VARGAS

estabelecimento executante:

ITAL GETULIO VARGAS**FRANCISCO MENESES DA SILV**

708802781695710

8 - Na

RAIMUNDA MENESES DA SILVA

RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA
BARRAS

AIH : 221810106471-B

UNI : HGV

Órgão Emissor: M221100001

FRANCISCO MENESES DA SILVA

Alt FuturadaNASCIMENTO
04/10/19770
7
1ento
1-35

D.LIBERA: 10/05/2018

DT. LAUDO : 08/05/2018

PROCED. : 0408030275 ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRAS NIVE

OP.SIST: J. SANTOS

Colpo Prost. Esquerda

CID : S221

OP. CINCO NIVEIS

ASS. MEDICO RESPONSAVEL

CPF: 755.125.303-30

12 - Fone: 86-9.4917452

14 - Cor: PRETA

PIQUIZEIRO 19 - CEP: 64100-000

17 - Cod. IBGE: 220120 18 - UF: PI

RG: 15406-59

Justificativa da Internação

ais Sinais e Sintomas Clínicos:

Pacif. não deixa de sair de moto
de forma / Parox.

ções que justificam a Internação:

tos ferros

Tosco colmo torácico.

nóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S221

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

RAS MULTIPLAS DA COLUNA TORACICA

Procedimento Solicitado

Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0283 ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS

ca:	30 - Carater::	Ident.:	31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.
OGIA	02	1	CPF	53971027415

le Profissional / Assistente
L SOARES DA ROCHA NETO

34 - Data de Solicitação:

08/05/2018

Dr. Abimael S. da R.

NEUROCIURGIA-NEUR.

CRM 1.855

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

cidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

cidente de Trabalho Tipico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

cidente de Trabalho Trajeto.

Junto com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

de Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

10/05/18

umento 49 - Num. Documento

Med. Dr. Artes Costa
CRM 7026395120001
Ass. Carimb. (RG Conselho)

natura Paciente ou Responsável.

Usuário: ARTEMES.COSTA
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão 12:56:29



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

SUS Ministério
da
Saúde

**LAUDO PA
PROCEDIM**

AIH : 221810106471-8
INT : HGV

Nº da Autorização

0408030275 - M221100001

M221100001

Orgão Emissor: M221100001



NASCIMENTO
04/10/1977

5971

**SECRETARIA
HOSPITAL**

FRANCISCO MENESES DA SILVA

Aih Faturada

Nome do Paciente: FRANCISCO MENESES DA SILVA

AIH : 221810106471-8
DT. LAUDO : 08/05/2018
UNI : HGV

NS: 708802781695710

DATA NA
CID : S221

D.LIBERA: 10/05/2018
PROCED.: 0408030275 ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS
OP.SIST: J. SANTOS

40240

RACA/COR: PRETA

ETNIA DI

FONE: 94917452

Nome da Mãe: RAIMUNDA MENESES DA SILVA

FONE:

ESPOSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVAFILHO

N.º: 130

ENDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA

UF: PI

CEP: 64100000

MUNICIPIO: BARRAS

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO **O MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

PROCEDIMENTO ANTERIOR

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

COD. PROCEDIMENTO
0303040114

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS

COD. PROCEDIMENTO
0408030275

CID PRINCIPAL

FRATURA DE VERTEBRA TORACICA

CID SECUNDÁRIO

CID REL. PROCED 0408030275 - S221 - FRATURAS MULTIPLAS DA COLUNA TORACICA

O SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO ESPECIAL

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIO, TRÊS NIVEIS.
SOLICITO MUDANÇA PARA O PROCEDIMENTO REALIZADO.

DEPARTAMENTO DE SÍNUS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADA

14 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 405 Lote 17
Número CTP-64000010

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO

QTD

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ABIMAEL SOARES DA ROCHA NETO

DATA SOLICITAÇÃO

08/05/2018

Dr. Abimael Soares Rocha Neto
NEUROCIRURGIA
Ass. e Carimbo
(No do registro do conselho)

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐ 203833996230001

CÓD. ORGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/06/18

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

Ass. e Carimbo (NEUROCIRURGIA
Ass. e Carimbo
(No do registro do conselho))



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NO ME DO PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA	PRONT.: 0000362079	ATEND.: 0000640240
NS: 708802781695710	DATA NASCIMENTO: 04/10/1977	SEXO: Masculino
CAÇA/COR: PRETA	ETNIA DO PACIENTE:	CPF: 75512530330
OME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA		FONE: 94917452
ESPONSAVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVAFILHO		FONE:
NDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA		N.º: 130
JUNICÍPIO: BARRAS	UF: PI	CEP: 64100000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

○ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO
CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO

CIL.EL PROCED null

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

○ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS	0408030275	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	0802010199	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II)	0802010083	1
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
RESONNANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	0207010056	1

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE NECESSITA DE PERMANENCIA, DIARIA DE UTI E RESSONNANCIA

DEPARTAMENTO: DPVAT

DATA: 14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
- Norte CEP: 64000-000

DATA SOLICITAÇÃO

DI. Abimael Gomes
REVOCARUGIO
CRM: 1986
Ass. e Carimbo
(Nº do registro do conselho)

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

--	--

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS CPF

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

--	--

DOCUMENTO

CNS CPF

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

07/08/2018
Marcos Antônio da Silva
MÉDICO AUDIOLÓGICO CRM-PI: 12607
Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

PRONT.: 0000362079

ATEND.: 0000640240

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA

CNS: 708802781695710

RACA/COR: PRETA

NOME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA

RESPONSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVAFILHO

ENDERECO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA

MUNICIPIO: BARRAS

DATA NASCIMENTO: 04/10/1977

ETNIA DO PACIENTE:

SEXO: Masculino

CPF: 75512530330

FONE: 94917452

FONE:

N.º: 130

CEP: 64100000

UF: PI

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

○ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

COD. PROCEDIMENTO

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

COD. PROCEDIMENTO
null

CID PRINCIPAL

CID SECUNDARIO

CID REL. PROCED null

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

○ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO
0408030275

QTD

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS

PROCEDIMENTO
0302040013

QTD

13

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO
0302060022

QTD

13

ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÉMICAS

DEPARTAMENTO DE SÍNOS
DPVAT

PROCEDIMENTO

QTD

ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÉMICAS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

PROCEDIMENTO

QTD

13

PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 11
CNPJ: 64.000.000/0001-00

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Ass. e Carimbo
(NP do registro do conselho)

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

CNS ○ CPF ○

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ○ CPF ○

Ass. e Carimbo
(NP do registro do conselho)

Ass. e Carimbo
(NP do registro do conselho)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Núrio LEITO: 310-21 PRONTUÁRIO 362079NOME: Francisco Menezes da Silva DATA NASC: 04/10/77

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Anterior levantamento de tecido frouxo Nº SALA 24 DATA 11/10/2018CIRURGIÃO: Ad. MAST Ribeiro CRM.PI: 986AUXILIARES: 19 2ºINSTRUMENTADOR(A): Miguel CIRCULANTE: SilviaTÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) Recut. Kral; (2) along. nfg + abr. de esq; (3) Ircut. linear retíneo de T4-T7; (4) abr. de muscle pectoral LAPP; (5) Anterior ap 08 profis. da hister + of. dura, tornar; (6) levant. de Tork e along. do esq. nfg; (7) Kist; (8) Kist ap glabro
(9) Cerrad.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: TPM farínxPERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: SIM NÃO ESTIMADA _____ MLPEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: SIM NÃO QUAL? _____

590
Dr. Abimael S. da Rocha Neto
NEUROCIRURGIA-NEUROLOGIA
CRM 1.866

DATA 08 / 05 / 18 HORA _____

CIRURGIÃO: ASSINATURA E CARIMBO)

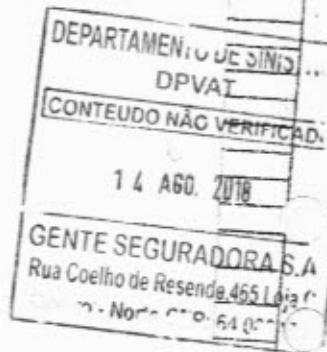
(01)10705031003033
LOT LBB2181
EXP 2021-12-31



HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL SURGICEL®
LOTE VIDE LOT - VALIDADE VIDE (EXP) ANO-MES
SURGICEL® - HEMOSTÁTICO CIRÚRGICO
JOHNSON & JOHNSON DO BRASIL IND. E COM. DE PRODUTOS
PARA SAÚDE LTDA, DIVISÃO JOHNSON & JOHNSON MEDICAL BRASIL
AV. PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKECK, 2041
COMPLEXO JK - BLOCO B, SÃO PAULO SP, CEP 04543011
FABRICANTE: ETHICON, LLC, RD. 189, KM 8.3 - INDUSTRIAL AREA
HATO SAN LORENZO, 00754, PORTO RICO
FARM. RESP.: NANCY MESAS DO RIO - C.R.F. - SP Nº. 10985
ENVELOPES COM 1 UNIDADE - REGISTRO ANVISA Nº: 10132590056
ESTÉRIL - IRRADIAÇÃO GAMA - CÓDIGO DO PRODUTO: VIDE EMBALAGEM
USO ÚNICO - PROIBIDO REPROCESSAR
ARMAZENAR O PRODUTO EM TEMPERATURA ENTRE 15°C E 30°C
BRASIL: INSTRUÇÕES DE USO EM WWW.JNBRASIL.COM.BR/MEDICAL/
IMPRESSAS VIA SAC: 08007075420

5343.5

26216 15:31:48 L-6



tub			
ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS			

HORA _____

Miguel
INSTRUMENTADORA-COREN

NTE-COREN

404539 TE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFEO COMO ORIGINAL
EM 13/09/2011
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 0190658



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

 - 1) Realizar manutenção rotina no leito.
 - 2) Dentro, sentar fora do leito
 - 3) Montar roupa de cima jeticando, sem dobras e seca
 - 4) Realizar hidratação da pele ex dia
 - 5) Realizar calor de premio de mudanças de decíbito não formada
 - 6) Observar escutacão diária da pele

Gamalo

4054036

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL -

Fatores Avaliados	1º Reavaliação	2º Reavaliação	3º Reavaliação	4º Reavaliação	5º Reavaliação	6º Reavaliação	7º Reavaliação	8º Reavaliação	9º Reavaliação	10º Reavaliação	11º Reavaliação
DATA	30/05	11/05	13/05	14/05			DPVAT				
Inspeção da Pele	S	S	S	S			CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
Score da Braden	17	17	17	17			15 AGO. 2018				
Avalliação da Unidade da Lesão	N	N	N	NA			GENTE SEGURADORA S.A				
Utilização de cobertura especial	N	N	N	NA			Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1				
Mudança de decúbito	S	S	N	S			7 - Navegante D- 64				
Utilização de superfície de apoio	N	N	N	N							
Surgimento de uma nova LP	N	N	NA	N							
A assinatura e o carimbo	notálio correa	JAN	JAN	Tempo							

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DIÁRIAS PARA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO - LP

1. IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: Francisco Meneses da Silva Clínica: Neuro Enf/Leto: 310 / 02 DN: 04/10/77 Idade:
 Data de Admissão: 08/05/2012 Procedência: UTS

2. AVALIAÇÃO

2.1. Admitido neste serviço com LP: () SIM () NÃO

2.1.2 Localização Anatómica:

2.1.3 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.1.4 Data: / /

2.2 Risco de nova (s) LP (s): BASEADO NA ESCALDE BRADEN () SIM () NÃO BAIXO

2.3 Surgimento de LP neste serviço: () SIM () NÃO

2.3.1 Localização Anatómica:

2.3.2 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.3.3 Data: / /

2.4 Condições Nutricionais: () Satisfatória () Não Satisfatória

2.5 Incontinência: () Urinária () Fecal () Ausente

2.6 Avaliação da Dor: () SIM () NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	03
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	04
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	02
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	03
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	03
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema	—	02
				TOTAL:	17

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN E ORIENTAÇÕES

SCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)

Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilização e elevação da cabeceira a 30°

Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.

Nutrição: Observar aceitação da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

SCO MODERADO (13 a 14 PONTOS)

Continuar as intervenções do Risco Baixo;

Dispositivos: Colocar colchão de ar; utilizar coxins e outras superfícies de apoio.

Coberturas: Colocar espuma em região sacral e filme transparente em calcâneos.

SCO ALTO (10 a 12 PONTOS) e RISCO MUITO ALTO (≥ 9 PONTOS)

Continuar intervenções do Risco Moderado;

Supervisionar a mudança de decúbito de 2/2 horas.

DEPARTAMENTO DE SINDICATO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2010

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1

Nº - N° - C.º - D.º - 64 000-11

4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DA LP

4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LP: () Sim () Não

4.2 - Inspeção diária da pele: () Sim () Não

4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: () Sim () Não () Contraindicado

4.4 - Utilização de superfície de apoio: () Sim () Não Qual? () Colchão de ar () Coxins () Almofadas () Outras:

4.5 - Utilização de curativo protetor: () Sim () Não Qual? () Hidrocololde () Filme transparente () Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DA LP

5.1 - Avaliação diária das LP existentes: () Sim () Não () Não se aplica

5.2 - Avaliação da umidade da lesão: () Sim () Não () Não se aplica

5.3 - Utilização de cobertura especial: () Sim () Não Qual?

HOSPITAL GETÚLIO VARGA
CONFERS COM ORIGEM
EM 13/07/2018
Edna Maria Andrade Siva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 01906548



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- 3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:**

 - 1) Realizar massagem com óleo no leito
 - 2) Limpar, ventilar e secar
 - 3) Montar roupa de cama estéril, limpa, seca
 - 4) Realizar hidratação da pele ex dia
 - 5) Realizar óleo de prensão de mudanças de decúbito não tolurada
 - 6) Observar escutáreas diárias da pele

Glampsite

4054036

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Fatores Avaliados	1º Reavaliação	2º Reavaliação	3º Reavaliação	4º Reavaliação	5º Reavaliação	6º Reavaliação	7º Reavaliação	8º Reavaliação	9º Reavaliação	10º Reavaliação	11º Reavaliação
DATA	30/05	11/05	13/05	14/05							
Inspeção da Pele	S	S	S	S							
Score de Braden	17	17	17	17							
Avaliação da Umidade da Lesão	N	N	N	NA							
Utilização de cobertura espacial	N	N	N	NA							
Mudança de decúbito	S	S	N	S							
Utilização de superfície de apoio	N	N	N	N							
Surgimento de uma nova LP	N	N	NP	N							
A assinatura e carimbo	nathalia correa	laura	laura	laura							

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DIÁRIAS PARA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO - LP

1. IDENTIFICAÇÃO:	Paciente: <u>José Menezes da Silva</u>	Clinica: <u>Nemo</u>	Enf/Lotto: <u>310 / 02</u>	DN: <u>04/10/77</u>	Idade: <u>_____</u>
	Data de Admissão: <u>03/05/2012</u>	Procedência: <u>UTS</u>			

2. AVALIAÇÃO

2.1. Admitido neste serviço com LP: () SIM () NÃO

2.1.2 Localização Anatômica:

2.1.3 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.1.4 Data: _____

2.2 Riscos de nova (s) LP (s): BASEADO NA ESCALDE BRADEN () SIM () NÃO BAIXO

2.3 Surgimento de LP neste serviço: () SIM () NÃO

2.3.1 Localização Anatômica:

2.3.2 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.3.3 Data: _____

2.4 Condições Nutricionais: () Satisfatória () Não Satisfatória

2.5 Incontinência: () Urinária () Fecal () Ausente

2.6 Avaliação da Dor: () SIM () NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	03
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	04
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	02
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	03
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	03
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema	—	02
				TOTAL:	17

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN E ORIENTAÇÕES

SCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)

Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilização e elevação da cabeceira a 30°.

Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.

Nutrição: Observar aceitação da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

SCO MODERADO (13 a 14 PONTOS)

Continuar as intervenções do Risco Baixo;

Dispositivos: Colocar colchão de ar; utilizar coxins e outras superfícies de apoio.

Coberturas: Colocar espuma em região sacral e filme transparente em calcâneos.

* RISCO ALTO (10 a 12 PONTOS) e RISCO MUITO ALTO (≥ 9 PONTOS)

Continuar intervenções do Risco Moderado;

Supervisionar a mudança de decúbito de 2/2 horas.

DEPARTAMENTO DE INÍCIOS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADA

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Nº 01 C.P. 64000-000

4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DA LP

4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LP: () Sim () Não

4.2 - Inspeção diária da pele: () Sim () Não

4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: () Sim () Não () Contraindicado

4.4 - Utilização de superfície de apoio: () Sim () Não Qual? () Colchão de ar () Coxins () Almofadas () Outras:

4.5 - Utilização de curativo profilático: () Sim () Não Qual? () Hidrocólide () Filme transparente () Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DA LP

5.1 - Avaliação diária das LP existentes: () Sim () Não, () Não se aplica

5.2 - Avaliação da umidade da lesão: () Sim () Não () Não se aplica

5.3 - Utilização de cobertura especial: () Sim () Não Qual?



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Prontuário: 362079

Nascimento: 04/10/1977

Estado Civil: Casado

Cartão SUS: 708802781695710

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal

Nome: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVAFILHO

Estado Civil: Casado

CPF:

Parentesco: IRMAO

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Sangramento
2. _____
3. Paralisia
4. _____
5. Obito

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 24/04/2018

Francisco Meneses da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Abimael Soares Rozen Neto
NEUROQUIRURGO
CRM: 1786
Assinatura do Médico Responsável - CRM



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS

DADOS DO PACIENTE

Nome: Francisco Menezes do Nascimento
Prontuário: 362079 Nascimento: 01/10/1977 Estado Civil: _____
Cartão do SUS: 708803781695710

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Francisco Menezes do Nascimento
Estado Civil: casado Nascimento: 16/07/1978 RG/CPF: _____
Parentesco: esposo Residente em: bairros

Declaro que recebi informações claras e simplificadas a respeito da Transfusão de sangue e hemocomponentes (concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado) e que me foi oferecida a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias para esclarecer as minhas dúvidas.

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

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

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

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

Riscos:

Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão.

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

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O PACIENTE

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a transfusão de sangue, entreguei folders contendo "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes" ao próprio paciente e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e o tratamento proposto.

Nome: _____ Assinatura: _____ N° Conselho: _____
Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

A DEPARTAMENTO DE SAÚDE SUL - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 ABR. 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1º
CNPJ: 00.000.000/0001-00



500 Copias



Nome: Francisco Meneses da D.N. 04/10/19 Prontuário 362079 Clínica Name

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS DE INTRA E PÓS - ANESTESIA

1.0 Dor pós-operatória

- 01 a 03- leve
 03 a 07- moderada
 07 a 10- intensa

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



2.0 Complicações respiratórias

- Laringoespasmus
 Broncoespasmus
 Hipoventilação (depressão respiratória)
 Intubação Difícil
 Ventilação Difícil
 Edema Agudo de Pulmão
 Atelectasia

3.0 Complicações hemodinâmicas

- Hipotensão (PAM menor que 20% do nível basal pré-anestésica ou PAS menor que 90mmHg)
 Hipertensão (PAM maior que 20% a 49% do nível basal pré-anestésica ou PAS maior que 90mmHg)
 Taquicardia
 Bradicardia
 Arritmia

4.0 Complicações térmicas

- Hipotermia (<36°C) Hipertermia (>37,8°C)

5.0 Complicações Gastrointestinais

- Náuseas Vômitos

6.0 Complicações Urológicas

- Oligúria (<0,5ml/Kg/h) Retenção Urinária

7.0 Outros

- Agitação/Delirium
 Rebaixamento do nível de consciência
 Anafilaxia
 Saturação < 90%, mesmo com suplementação de oxigênio.

8.0 PACIENTE NÃO APRESENTOU EVENTOS RELACIONADOS AO PERÍODO INTRA E PÓS-ANESTÉSICO.



Assinatura e Carimbo Anestesista

m) SISTEMA REPRODUTOR: () Menarca () Menopausa () Primípara () Multipara () Não se aplica

V - CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: () Não () Sim

Qual(is):

Retrográfo e plenórgo.

Qual o ano:

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional () Sim () Não

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária ()

Outro Especifique:

Pessoa a qual deve estar envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Realiza algum tratamento especializado: () Sim () Não

Qual:

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? () Não () Sim () Não se aplica

() Criança () Idosos debilitados

() Adolescente () Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

() Indígena () Outro Qual: _____

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

() Alimentação () Linguagem

() Deambulação/ Mobilidade () Surdo e mudo

() Sono e repouso () Comunicação

() Acompanhante () Outros Qual: _____

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

DEPARTAMENTO DE SINUS...

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja 17

CNPJ: 00.64.600-15

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

O Sr. ou Sra. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

X Reimunda Alencar de Souza
Assinatura (Paciente ou Responsável)

Assinatura da Enfermeira Ana Mendes
ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
NUTRIÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DIÁRIAS PARA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO - LLP

1. IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: Francisco Minas da Silveira Clínica: _____

Data de Admissão: _____ Data de Admissão na Unidade: _____ Enf./Leito: 07/11 DN: 04/10/97 Idade: 40 Procedência: C.C.

2. AVALIAÇÃO

2.1. Admitido neste serviço com LLP: () SIM NÃO

2.1.1 Localização anatômica: _____

2.1.2 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.1.3 Data: _____ / _____ / _____

2.2. Riscos de nova (s) LP (s): BASEADO NA ESCALA DE BRADEN () SIM NÃO

2.3. Surgimento de LP neste serviço: () SIM NÃO

2.3.1 Localização anatômica: _____

2.3.2 () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.3.3 Data: _____ / _____ / _____

2.4. Condições Nutricionais: Satisfatória () Não Satisfatória

2.5. Incontinência: () Urinária () Fecal

2.6. Avaliação da Dor: () SIM NÃO Ausente

**DEPARTAMENTO DE SÍNOS ...
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO.**

14 AGO. 2018

**GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja 1
7 - Norte PONTIAGU**

5

4

1

3

3

2

TOTAL: 16

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIPÇÃO	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	
UMIDADE	Completemente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta Limitações	
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN

***RISCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)**

Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobidade e elevação da cabeceira a 30°

Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.

Nutrição: Observar aceitação da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

***RISCO MODERADO (13 a 14 PONTOS)**

Continuar as intervenções do Risco Baixo;

Dispositivos: Colocar colchão de ar; utilizar coxins e outras superfícies de apoio.

Coberturas: Colocar espuma em região sacral e filme transparente em calcâneos.

ISCO ALTO (10 a 12 PONTOS) E RISCO MUITO ALTO (≥ 9 PONTOS)

Continuar as intervenções do Risco Moderado;

Supervisionar a mudança de decúbito de 2/2 horas.

4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DAS LPPs

4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LLPs: Sim () Não

4.2 - Inspeção diária da pele: Sim () Não

4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: () Sim () Não Contraindicado

4.4 - Utilização de superfície de apoio: Sim () Não, Qual? () Colchão de ar () Coxins () Almofadas () Outras:

4.5 - Utilização de curativo profilático: () Sim () Não, Qual? () Hidrocoloide () Filme transparente () Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DAS LPPs

5.1 - Avaliação diária das LPPs existentes: () Sim () Não Não se aplica

5.2 - Avaliação da umidade da lesão: () Sim () Não Não se aplica

5.3 - Utilização de cobertura especial: () Sim () Não Não, Qual?



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST – PÓS-OPERATÓRIO**

310-2

NOME: Francisco Muneses da Silveira DN: 04/10/77

DO: CENTRO CIRÚRGICO

PARA CLÍNICA: UTI (2) DATA: 08/05/18 HORÁRIO: 16:00

Nº	ITENS A SER CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	()
2	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	()
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	DEPARTAMENTO DE DIA ()
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	FALTA PIUTI ()
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	CONTEUDO NÃO VERIFICAD. ()
6	Verificar se há solicitação de raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	NAO MA ()
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor)	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 403 Loja 1 CEP: 64000-000 ()
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário.	()
9	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	()

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO.	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO.
<i>Ronaldo Monteiro Lopes/124652 ENFERMEIRO 08/05/18 124652</i>	

OBS: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente de maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Francisco Menezes da Silva DN: / /

CÍNICA: Neurologia DATA: 08 / 03 / 38 HORÁRIO: 8:00

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira – nome completo e data do nascimento)	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	<input checked="" type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
5	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	<input checked="" type="checkbox"/> DPVAT
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	<input checked="" type="checkbox"/> CONTEUDO NÃO VERIFICADA
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	<input checked="" type="checkbox"/> 14 AGO. 2010
8	Orientar a retirada de roupa íntima	<input checked="" type="checkbox"/> GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 - Nodápolis - 6400-000
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Conferir o jejum	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao cc no prontuário	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	<input checked="" type="checkbox"/>

OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECADO (✓) CADA ITEM

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E
CARIMBO Nathália Kelly de S. Andrade
Enfermeira
COREN-PI 324240

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILIAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO

NOME: Francisco Menezes da Silva

CLÍNICA: Neurocirurgia ENF./LEITO: 310120 DN: 04 / 10 / 77 IDADE: DATA DE ADMISSÃO: 08 / 05 / 18
DATA DE ADMISSÃO NA UNIDADE: 08 / 05 / 18 HORÁRIO PROCEDÊNCIA: UTI

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS*

Selezione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	DATA 09/05	DATA 10/05	DATA 11/05	DATA 12/05	DATA 13/05	DATA 14/05	DATA 15/05
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). Implemente intervenções básicas de segurança. (BAIXO RISCO DE QUEDA)	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de ALTO RISCO de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para ALTO RISCO de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de ALTO RISCO de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()

Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.

Idade (seleccione apenas uma opção):

- () 60 - 69 anos (1 ponto)
() 70 - 79 anos (2 pontos)
() 80 anos e mais (3 pontos)

0

-

-

-

-



Histórico de queda (seleccione apenas a opção a seguir, se aplicável):

- () Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos).

0

-

-

-

-

Eliminações: intestinais e urinárias (seleccione apenas uma opção):

- () Incontinência (2 pontos)
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)
() Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)

0

-

-

-

-

Medicamentos (seleccione apenas uma opção):

- () Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)
() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)

5

5

5

5

5

Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (seleccione apenas uma opção):

- () Um equipamento (1 ponto)
() Dois equipamentos (2 pontos)
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)

1

1

1

1

-

Mobilidade: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos):

- () Marcha instável (2 pontos)
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)

2

2

2

2

2

Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos):

- () Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)

0

-

-

-

-

Somatório dos pontos:

Baixo risco: escore de 0-5 pontos

Risco Moderado: escore de 6-13 pontos

alto Risco: escore > 13 pontos

08

8

8

8

7

7

SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
640240

Prontuário: 362079 Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA 130 **PIQUIZEIRO**

Cidade: BARRAS UF:PI CEP: 64100-000

Sexo: M **DT. Nasc:** 04/10/1977 | **Idade:** 40 Anos **Estado Civil:** C **Profissão:** PROFESSOR (A)

Cadastro: 24/04/2018 Telefone: 86-9491.7452 Cartão SUS: 708802781695710 CPF: 75512530330

Justificativa:

Pois-je arrêter de vous faire,
necessite de se joindre.

Data: _____ / _____ / _____

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: / /

Annotation: GBE

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO



DN: 04/10/1977

am:

- Clínica:
- UTI
- Centro Cirúrgico
- Outro:

Destino:

- Clínica: Neurologia
- UTI
- Centro Cirúrgico
- Outro:

Acompanhamento no transporte:

- Médico
- Enfermeiro(a)
- Fisioterapeuta
- Técnico de Enfermagem
- Outro: maqueiro

REGISTRO MÉDICO

Diagnóstico:

Comorbidade:

E de consciência: ORIENTADO CONFUSO SONOLENTO SEDADO
z/ Procedimento realizado: SIM

Infecção: NAO SIM Foco:

NAO

ATB:

REGISTRO ENFERMAGEM

Acesso venoso: NAO PERIFÉRICO CENTRAL HEMODIÁLISE
 OUTROS

Última medicação para dor: DROGA:

HORA:

NA

Infusão: NAO ALTA VIGILÂNCIA SEDAÇÃO DROGA VASODILATADORA

Sinais Vitais: PA: 86mmHg | VELOCIDADE DE INFUSÃO:

mmHg FR: 18 rpm FC: 76 bpm

Dreno/ Sondas: NAO SIM

Curativos: NAO SIM

Termos de consentimento: NAO SIM NA

Dispositivos Implantados: NAO MARCAPASSO DVE/ PIC

Alimentos encaminhados: NAO SIM

odo de transporte: MACA CADEIRA CAMA

Precauções/ Isolamento: PADRÃO CONTATO RESPIRATÓRIO

Risco de queda: BAIXO MODERADO ALTO

Alergia: NAO SIM

Letra: ZERO SIM VO

Escala de Braden: 16

LPP: NAO SIM



REGISTRO DE FISIOTERAPIA

Suprimento Ventilatório:

TOT TQT CATETER_NASAL

l/min

MÁSCARA DE VENTURI

% VENTILAÇÃO MECÂNICA

OBSERVAÇÕES:

Profissionais que encaminharam:

Recebo paciente e confirmo informações:

Natalia Silveira

ADMISSÃO FISIOTERÁPICA

PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA

DATA NASC.: 04/10/1977

SEXO: Masculino

IDADE: 40

NATURALIDADE: BARRAS

ATENDIMENTO: 0000640240

HDA

PACIENTE PROVENIENTE DO CC EM POI DE ARTRODESE DE COLUNA TORACICA POSTERIOR ENCAMINHADO A ESTA UNIDADE PARA POS-OPERATÓRIA

EXAME FÍSICO

GERAL:

REG, AFEBRIL, ACIANÓTICA

DEPARTAMENTO DE SÍNOS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO, 2018

NEUROLÓGICO:

AO=4 RV=5 RM=6 GLASGOW =15

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 11
- Nro. CTP: 64.0**

AP. RESPIRATÓRIO:

RESPIRANDO ESPONT EM A.A , EUPNEICO EM A.A, SPO2=97%, NA AP=MV+ SEM RA

AP. CARDIOVASCULAR:

NORMOCARDICO E NORMOTENSA

SISTEMA. MÚSCULO-ESQUELÉTICO:

PLEGIA DE MMII (MJD)

EXAMES REALIZADOS:

DE ROTINA

DIAGNÓSTICO CINESIOFUNCIONAL:

CONDUTA:

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA

Teresina (PI), 08/05/2018

Aldelany de Oliveira Dauia
FISIOTERAPEUTA
CRMF 28479

Fisioterapeuta



Paciente: 362079 - FRANCISCO MENESES DA SILVA

Idade: 40 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 04/10/1977

Prestador Assistente: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Conselho / Número Cons.: CRM 1790

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO**Atendimento** 640240**Leito:** UTI II L-11**Admissão:** 24/04/2018 00:10

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO**EVOLUÇÃO: 451963 (FECHADO)**Responsável: SONIA MARIA DE ARAUJO CAMPELO -
COREN 63227 / ENFERMAGEM

Data de Referência: 09/05/2018

Data/Hora do Documento: 09/05/2018 08:55

8:30 - PACIENTE EM POI DE ARTRODESE DE COLUNA TORÁCICA VIA POSTERIOR. NEGA ALERGIA E COMORBIDADES PREGRESSAS. CIRÚRGIA REALIZADA EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE MOTO.

NEUROLÓGICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW: 15 (AO: 4; MRV: 5; MRM:6). PUPÍLAS ISOCÓRICAS, MÉDIAS E FOTORREAGENTES. QUEIXA-SE DE DOR NO LOCAL DA CIRÚRGIA.

CARDIOVASCULAR: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, BNF, RR, 2T SEM DROGAS VASOATIVAS.

RESPIRATÓRIO: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA SEM APORTE DE O2, MANTENDO OXIMETRIA DE PULSO EFICAZ.

TÓRAX EXPANSÍVEL E SIMÉTRICO. AP: SONS PULMONARES PRESENTES E SEM RA.

GASTROINTESTINAL: ABDOME PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, RHA +. DIETA VO.

GENITOURINÁRIO: DIURESE PRESENTE POR SVD, ASPECTO LIMPIDO E COM BOM VOLUME.

TEGUMENTAR: PELE INTEGRAL, HIDRATADA E NORMOCORADA. FO COM CURATIVO OCLUSIVO EM REGIÃO DORSAL.

MUSCULOESQUELÉTICO: PLEGIA NO MID, SENSIBILIDADE TORÁCICA NORMAL A PARTIR DO APÉNDICE XIFÓIDE.

CATETERES: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM VEIA BÁSILICA DIREITA PERVIO.

EM PLANEJAMENTO DE ALTA DA UTI
SEGUE CUIDADOS INTENSIVOS

202
SONIA MARIA DE ARAUJO CAMPELO
COREN 63227



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

Nome: FRANCISCO MENESES DA SILVA Leito: 11 Pront.: 362079

EVOLUÇÃO MÉDICA - MANHÃ

DATA:	DIA DE UTI	
09/05	1º DPO de Autose de hemorrágico - Paciente admitido imediatamente do CC em P.O.J.	
	HT 40, UMEZ	
#	Pugia m.d.	
S.N.C: GLASGOW: AO 4, RV 5, RM 6, TOTAL: 15	PUPILAS: IGGOCRIAS	
Paciente segue com suor, suor intenso, espesso, urinário, apurado.		FOTOREAGENTES
A.C.V: VARIAÇÃO DA P.A.: —	DROGA VASOATIVA: —	PERF. CAPILAR: 227
$\Delta PAM = 78-96$		
P = 76	ESPONTÂNEA	
A. RESP.: PADRÃO RESPIRAT.: AFR = 16-20	V.M.: —	
SAT. O2 $\Delta = 96-100\%$	AUSCULTA: MVB, xim RA.	
A. DIGEST.: DIETA: Dieta VD, livre amido, sem lata, sem gordura	FEZES: Sem episódios nas últimas 12h;	
RENAL-METABÓLICO: DIURESE: 1600 ml / 12h	BAL. HÍDRICO: - 451 ml / 12h	ESCÓRIAS:
HEMAT. INFECCIOSO: FEBRE: Ausente	LEUCO: BT:	SEG.:
$\Delta TAN = 36-37,4^{\circ}\text{C}$		
CONCLUSÃO: - Foi avaliado hoje pela manhã pelo neurocirurgião - com decisões de volta para enfermaria; Segue hemodinamicamente estável;		
CONDUTA:	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM .. OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Retirar vendava facial; Vista pl enfermaria 14 AGO. 2018		
# Medicamentos:	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 17 - Nome -	
D21 Cefazolina		

Int. Niangia

Evolução Fisioterapêutica das UTI's

DATA:	UTI:	LEITO:	PRONTUÁRIO:	CÓD. ATENDIMENTO:	PESO_PREDITO:
08/05/2018	2	UTI2L11	0000362079	0000640240	52,8
NOME:			DATA DO NASC.:		IDADE:
FRANCISCO MENESES DA SILVA			04/10/1977		40 Anos 7 Meses 4 Dias
DIA/UTI:	TURNO:	DIAGNÓSTICO:			
1	TARDE	POI DE ARTRODESE DE COLUNA TORACICA			

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:					
<input checked="" type="radio"/> CONSCIENTE	<input checked="" type="radio"/> ORIENTADO	<input type="radio"/> DESORIENTADO	<input type="radio"/> SONOLENTO	<input type="radio"/> TORPOROSO	<input type="radio"/> COMATOSO
GLASCOW: AD: 4	RV: 5	RM: 6	TOTAL: 15	<input type="checkbox"/> SEDADO	RASS:
MOTRICIDADE OCULAR INTRÍNSECA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS <input type="checkbox"/> MIÓTICAS <input type="checkbox"/> MIDRIÁTICAS <input type="checkbox"/> REATIVAS <input type="checkbox"/> ARREATIVAS					
<input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS: <input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D					
PADRÃO DE RESPOSTA MOTORA: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> MMSS: <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> E <input type="checkbox"/> MMII: <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> E					
<input checked="" type="checkbox"/> PLEGIA <input type="checkbox"/> MMSS: <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> E <input checked="" type="checkbox"/> MMII: <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> E DESCEREBRAÇÃO <input type="checkbox"/> DECORTICAÇÃO <input type="checkbox"/> ARREFLEXIVO					
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:					
Via Aérea: <input checked="" type="checkbox"/> V.A. SUPERIOR <input type="checkbox"/> V.A. ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> CÂNULA METÁLICA, Nº <input type="checkbox"/> CÂNULA PORTEX, Nº					
PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> TÓRACO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TORÁCICO <input type="checkbox"/> ABDOMINAL <input type="checkbox"/> PARADOXAL FR: crpm					
Amplitude: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> PROFUNDA RITMO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL TIPO:					
Asculta Pulmonar: MV+ SEM RA					
Oxigêniooterapia: <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> VENTURI <input type="checkbox"/> MACRO <input type="checkbox"/> VNI APORTE: L/min SPO2					
SECRECÃO: <input type="checkbox"/> -/4 <input type="checkbox"/> +/4 <input type="checkbox"/> ++/4 <input type="checkbox"/> +++/4 ASPECTO:					
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: <input type="checkbox"/> BIPAP: IPAP: cmH2O. EPAP: cmH2O. <input type="checkbox"/> CPAP: PEEP: cmH2O					
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:					
Via aérea Artificial: <input type="checkbox"/> TOT: Nº: <input type="checkbox"/> TQT: Nº: PRESSÃO CUFF: cmH2O					
Ciclagem: <input type="checkbox"/> VOLUME <input type="checkbox"/> PRESSÃO <input type="checkbox"/> FLUXO <input type="checkbox"/> TEMPO					
Modalidade: <input type="checkbox"/> ASSISTIDO/CONTROLADO <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> CPAP OUTROS:					
Hemodinâmica: FC: 78 bpm PA: mmHg PAM: 67 mmHg					

PARÂMETROS VENTILATÓRIO

V.C.	V.MIN.	F.R.V.	F.R.T.	P.CONTR.	PEEP	P.PICO	P.PLAT	P.SUPOR.	TRIGGER	FIO2

MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA

SpO2	V.C.esp.	F.R.esp.	V.M.esp.	FR/VC	PaO2/FI02	Pimax.	C.Dinam	C.Estát	P.O. 0.1

GASOMETRIA ARTERIAL

HORA	PH	PaCO2	E.B.	HCO3	Dif(A-a)O2	SgO2	FI02/coleta	DISTURBIO ACIDO - BASE

CONDUTA FISIOTERAPÉUTICA: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA FISIOTERAPIA MOTORA

OBSERVAÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL	DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICAD.	 Adelany de Oliveira Viana FISIOTERAPEUTA CARIMBO/ASSINATURA	
14 AGO. 2018			
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1° - Norte CEP: 64000-000			

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS UTI'S

DATA: 08/05/2018	UTI: 2	LEITO: UTI2L11	PRONTUÁRIO: 0000362079	CÓD. ATENDIMENTO: 0000640240	PESO_PREDITO: 52,8
NOME: FRANCISCO MENESES DA SILVA			DATA DO NASC.: 04/10/1977	IDADE: 40 Anos 7 Meses 4 Dias	
DIA/UTI: 1	TURNO: NOITE	DIAGNÓSTICO: POI DE ARTRODESE DE COLUNA TORACICA			

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:		<input checked="" type="radio"/> CONSCIENTE	<input checked="" type="radio"/> ORIENTADO	<input type="radio"/> DESORIENTADO	<input type="radio"/> SONOLENTO	<input type="radio"/> TORPOROSO	<input type="radio"/> COMATOSO				
GLASCOW: AO: 4		RV: 5	RM: 6	TOTAL: 15	<input type="checkbox"/> SEDADO	RASS:					
MOTRICIDADE OCULAR INTRÍNSECA:		<input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS	<input type="checkbox"/> MIÓTICAS	<input type="checkbox"/> MIDRIÁTICAS	<input type="checkbox"/> REATIVAS	<input type="checkbox"/> ARREATIVAS					
<input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS		<input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS:	<input type="checkbox"/> D>E	<input type="checkbox"/> E>D							
PADRÃO DE RESPOSTA MOTORA:		<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> PARESIA	<input type="checkbox"/> MMSS:	<input checked="" type="radio"/> D	<input checked="" type="radio"/> E	<input type="checkbox"/> MMII:	<input checked="" type="radio"/> D	<input checked="" type="radio"/> E		
<input checked="" type="checkbox"/> PLEGIA		<input type="checkbox"/> MMSS:	<input checked="" type="radio"/> D	<input checked="" type="radio"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> MMII:	<input checked="" type="radio"/> D	<input checked="" type="radio"/> E	<input type="checkbox"/> DESCEREBRAÇÃO	<input type="checkbox"/> DECORTICAÇÃO	<input type="checkbox"/> ARREFLEXIVO	
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:											
Via Aérea:		<input checked="" type="checkbox"/> V.A. SUPERIOR	<input type="checkbox"/> V.A. ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> CÂNULA METÁLICA, Nº	<input type="checkbox"/> CÂNULA PORTEX, Nº						
PADRÃO RESPIRATÓRIO:		<input checked="" type="checkbox"/> TÓRACO ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> TORÁCICO	<input type="checkbox"/> ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> PARADOXAL	FR:	crpm				
Amplitude:		<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> PROFUNDA	RITMO:	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL	TIPO:			
Asculta Pulmonar:		MV+ SEM RA									
Oxigêniooterapia:		<input type="checkbox"/> CATETER	<input type="checkbox"/> VENTURI	<input type="checkbox"/> MACRO	<input type="checkbox"/> VNI	APORTE:	L/min	SPO2	97%		
SECRECÃO:		<input type="checkbox"/> -/4	<input type="checkbox"/> +/4	<input type="checkbox"/> ++/4	<input type="checkbox"/> +++;4	ASPECTO:					
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:		<input type="checkbox"/> BIPAP:	IPAP:	cmH2O.	EPAP:	cmH2O.	<input type="checkbox"/> CPAP:	PEEP:	cmH2O		
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:											
Via aérea Artificial:		<input type="checkbox"/> TOT:	Nº:	<input type="checkbox"/> TQT:	Nº:	PRESSÃO CUFF:	cmH2O				
Ciclagem:		<input type="checkbox"/> VOLUME	<input type="checkbox"/> PRESSÃO	<input type="checkbox"/> FLUXO	<input type="checkbox"/> TEMPO						
Modalidade:		<input type="checkbox"/> ASSISTIDO/CONTROLADO		<input type="checkbox"/> SIMV	<input type="checkbox"/> PSV	<input type="checkbox"/> CPAP	OUTROS:				
Hemodinâmica:		FC: 73	bpm	PA:	mmHg	PAM: 83	mmHg				

PARÂMETROS VENTILATÓRIO

MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA

GASOMETRIA ARTERIAL

CONDUTA FISIOTERAPÉUTICA:

○ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

 FISIOTERAPIA MOTORA

OBSERVAÇÃO:

PACIENTE ESTÁVEL

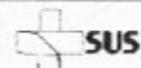
DEPARTAMENTO DE OTERAPIA RESPIRATÓRIA...
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICAD.
14 AGÔ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1° - Novo C.D. 6400-000

~~ANEXO A FOLHA DE PAGAMENTO
FOLHA DE PAGAMENTO
DE FOLHA DE PAGAMENTO~~

30-02

UTI-II
14.02Neuro
080518

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Fax: Meusel [REDACTED] 2 - CNES
2 7 2 6 9 7 1

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

4 - CNES
2 7 2 6 9 7 1

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fernanda Meneses da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7081802178169157510

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/10/1977

9 - SEXO
Masculino [] Fem. []

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Fernanda Meneses da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Não sou médico. Atendo
pacientes feridos.
Sobr. UCI



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Abimael Soárez Roche	08/05/18

41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
() CNS	() CPF	53971027711

Dt. Abimael Soárez Roche Neto

NEUROLOGIA

C.R.M. 1986

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
() CNS	() CPF	

TARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
ITAL GETÚLIO VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Franco Mentoer L. Silva 310102

DA CLÍNICA: NEUROLÓGICA

A CLÍNICA: CARDIOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO CIRURGICO

CIRÚRGIA: TRM

ANESTESIA: GERAL



DATA: 25/04/18

Dr. Abimael Soares Rocha Neto
NEUROCIRURGIÃO
CRM: 1500

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

$$Td = 40 -$$

Mag e H = 100 -
Sem queixa cardíaca

$$Ecj = normal$$

B + f = 120 - 1

Procedimento: Tumor cerebral -

Dr. Antonio Vieira de Jesus
Cardiologista
CRM: 2135-PI

NOME : FRANCISCO MENESES DA SILVA
MÉDICO : ABIMAI SOARES DA ROCHA NETO
NÚMERO : 659952

DATA : 27/04/2018
FATURA: 4654061



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

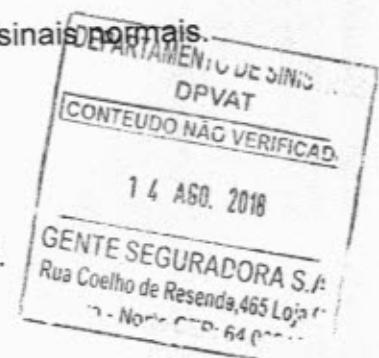
RELATÓRIO

TÉCNICA:

- Exame realizado em sequências de Spin-echo e Fast spin-echo ponderadas em T1, T2 e Gradiente, com e sem saturação de gordura, em corte multiplanares, sem infusão do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- Acentuação da cifose dorsal de aspecto pós-traumático.
- Fratura no corpo vertebral de T5 mais evidente na sua base a direita e pedículo vertebral direito caracterizado por edema ósseo e aumento de partes moles adjacente a lesão. Nota-se ainda retropulsão do muro póstero-inferior para o interior do canal vertebral, que comprime a face ventral da medula espinhal, determinando mielopatia de T5 a T6.
- Nota-se ainda protrusão discal mediana e paramediana direita em T5-T6.
- Formações osteofítárias anteriores em corpos vertebrais de T5 a T12.
- Demais corpos vertebrais, elementos dos arcos neurais e processos ósseos com morfologia córtico-esponjosas íntegras.
- Hipo-hidratação dos discos intervertebrais dorsais de T4-T5 a T8-T9.
- Nível T7-T8 abaulamento discal difuso, tocando a face ventral do saco dural, sem sinais de comprometimento radicular.
- Demais discos intervertebrais com espessuras e padrões internas de sinal normal.
- Articulações interapofisárias sem anormalidades.
- Neuroforames livres e apresentando conteúdos anatômicos.
- Dimensões ósseas do canal raqueano mantidas.
- Espaço líquórico intradural sem anormalidades.
- Restante da medula apresenta espessura e sinal de aspecto habitual.
- Moderado derrame pleural a direita.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Acentuação da cifose dorsal de aspecto pós-traumático.
2. Fratura no corpo vertebral de T5 mais evidente na sua base a direita e pedículo vertebral direito caracterizado por edema ósseo e aumento de partes moles adjacente a lesão. Nota-se ainda retropulsão do muro póstero-inferior para o interior do canal vertebral, que comprime a face ventral da medula espinhal, determinando mielopatia de T5 a T6.

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETULIO VARGAS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM		DATA: <u>04/01/18</u> HORA: :																																																									
I - IDENTIFICAÇÃO Nome: <u>Franco Menezes da Silva</u> Data de Nascimento: <u>04/10/1977</u> Cidade de origem: <u>Bonfim - PI</u>																																																											
II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL Religião/Crença: <u>Cristianismo</u> Profissão: <u>Professor</u> Escolaridade: (<input type="checkbox"/>) Analfabeto (<input type="checkbox"/>) Ensino fundamental (<input type="checkbox"/>) Ensino médio (<input checked="" type="checkbox"/>) Superior Barreira na comunicação: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim Qual: Apresenta deficit: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim - Tipo: (<input type="checkbox"/>) Visual (<input type="checkbox"/>) Auditivo (<input checked="" type="checkbox"/>) Motor (<input type="checkbox"/>) Outros: Transtorno mental: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim Qual: 2 ITÉNS POSITIVOS: ACIONAR SERVIÇO SOCIAL																																																											
III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR) (X) Não possui (<input type="checkbox"/>) Hipertensão Arterial (<input type="checkbox"/>) Dislipidemia (<input type="checkbox"/>) Diabetes melitus (<input type="checkbox"/>) Cardiopatias (<input type="checkbox"/>) Câncer (<input type="checkbox"/>) Tabagismo (<input checked="" type="checkbox"/>) Uso de drogas ilícitas (<input type="checkbox"/>) Outra Qual: Alérgia (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não Qual: Faz uso de medicamentos? (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">NOME</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">DOSE</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">VIA</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">HORÁRIO</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">NOME</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">DOSE</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> ACIONAR FARMACEUTICO				NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO																																																	
NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO																																																					
Resultados de exames (vindo com o paciente): (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim Qual: IV - EXAME FÍSICO a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____ Dor: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim, Localização: _____ Características: _____ b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (X) Consciente (<input checked="" type="checkbox"/>) Orientado (<input type="checkbox"/>) Desorientado (<input type="checkbox"/>) Comatoso (<input type="checkbox"/>) Sonolento (<input type="checkbox"/>) Sedado (<input type="checkbox"/>) Torporoso ESCALA DE COMA GLASGOW: <u>15</u> DEPARTAMENTO DE SÍNUS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 AGO. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1 - Novo Rio - RJ 20230-640 																																																											
c) ASPECTO EMOCIONAL: (<input checked="" type="checkbox"/>) Calmo (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Agitado (<input type="checkbox"/>) Apático (<input type="checkbox"/>) Eufórico (<input type="checkbox"/>) Agressivo (<input type="checkbox"/>) Triste (<input type="checkbox"/>) Outra alteração Qual: d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS Perda de peso nos últimos 3 meses: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim, Peso perdido: _____ (Kg) Histórico de: (<input type="checkbox"/>) Sonda (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Nefropatia Obesidade mórbida III (IMC>50Kg/m ²) (<input type="checkbox"/>) Não se aplica				2 ITÉNS POSITIVOS ACIONAR A NUTRICIONISTA (Atenção nutricional)																																																							

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRA COM ORIGEM
EM *[Signature]*
Edna Maria Andrade 311
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 0190654

e) CABEÇA

Couro Cabeludo: () Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações: _____
 Face: () Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas
 Nariz: () Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () Epistaxe
 Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () Reativa () Arreativas () Mióticas () Midriáticas
 () Puntiformes () Médias
 Olhos: () Normal () Hemorragia () Ictericia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
 () Processo inflamatório/infeccioso
 Ovidos: () Normal () Otorrágia () Lesão Outros: _____
 Boca: () Sem anormalidades () Cânes () Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: () Eupnêico () Bradipnêico () Taquipnêico () Dispnéico
 () Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM
 () Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi
 Ausculta: Murmúrio vesicular () Presente () Diminuído () Ausente
 Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tossa
 Tipo: _____
 Alterações: _____

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: () Normal () Diminuída () Cianose Outros: _____
 Auscultação cardíaca: () Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular
 Acesso Venoso: () Sim () Não Qual: _____
 Faz uso de marcapasso: () Sim () Não Há quanto tempo: _____

DEPARTAMENTO DE INÍCIOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Distrito Federal - 61000-000

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdome: () Flácido () Tensão () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Destrinchado () Timpânico () Doloroso
 Ruidos Hidroáreos: () Ausente () Presente, tipo: () Hipérativos () Hipocáticos
 Estomias: () Não () Sim Qual: _____
 Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: (Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia
 Aceitação da dieta: (Sim () Não () Parcialmente
 Eliminações Intestinais: () Normal (Constipação () Diarreia () Melena () Enterorraquia () Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: () Sem auxílio () Com auxílio. Qual dispositivo? () Muleta () Andador
 Utiliza prótese/ortese? () Não () Sim Tipo: _____
 Sensibilidade: () Não () Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade? _____
 Déficit motor: () Não (Sim Tipo: (Hemiplegia (Hemiparesia (Direito
 (Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia
 Tonicidade: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo
 Imobilização: () Não () Sim Lateralidade? _____
 Movimenta os quatro membros: () Sim () Não Risco de queda: () Sim () Não

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA,
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR PARESIA
E/OU HEMIPARESIA

j) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: () Intacta () Desnutrida () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocrônica () Ictericia () Edema
 () Lesionada Local: _____ Escala de Braden: _____ Risco de pele: _____
 lesão por pressão: () Sim () Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()

k) APARELHO GENITOURINÁRIO

Urinário: (Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fralda
 Dispositivo Urinário: () Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia
 Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Poliúria () Anúria () Hematuria

l) PADRÃO DE SONO: () Com () Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmantes: () Não () Sim



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA**

PAC
DAT
CIP
TI
DATA
08.05.18
PRONT
362079

PACIENTE		IDADE	DATA	
Fábio Menezes da Silveira		40	1	
PROCEDIMENTO	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
PRESSÃO ARTERIAL	108/70 mmHg	REGULAR	36.5°C	70kg
HEMOGLOBINA	HEMOCRITO	GLICEMIA	UREIA	ALTURA
OXIGÉNIO	SEVOFLURANO	CREATINININA	OUTROS	
CÓDIGOS	G O 5% SF 0,5% Ringer H P Cloridr. F FLSMA Ceto a S=O2(%) ETCO2	O - TEMP.		
X - INÍCIO E FIM DA ANESTESIA V - PA. SISTÓLICA I - PA. MÉDIA A - PA. DIASTÓLICA				
SÍMBOLOS				
DIURESE				
Técnica Anestésica	Com			
Observações:	NM			

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>
GASES	t / min	Início	Fim
Oxigênio			
Ar Medicinal			

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	
Atropina	Amp
Adrenalina	Amp
Água dest. 10ml	Amp
Cipro 500mg	Fras
Cefazolina 1g	Amp
Clonídina	Amp
Colóide ()	Fras
Dexametasona	Amp
Diazepam	Amp
Dímorf	Amp
Dipirona	Amp
Dobutamina	Amp

Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp
Dormonid	Amp	Nipride	Amp
Efortil	Amp	Noradrenalina	Amp
Efedrina	Amp	Neocaína 0,5% Perseado	Amp
Fentanil (u cons)	Amp	Neocaína 0,5% Inhalar	Amp
Fentanil (frasco)	Fras	Omeprazol	Fras
Sevoflurano	Ml	Pancurônio	Amp
Hidrocortisona	Fras	Profenid	Amp
Isoflurano	Ml	Propofol	Fras
Manitol	Fras	Protamina	Amp
Metronidazol	Fras	Quelcicin	Fras
Narcac	Fras	Quetamina	Fras

Remifentanil	0
Renitidina	0
Ringer-Lactato	0
Sufentanil	0
S. Fisiológico 0,9%	0
S. Glicosado 5%	0
Tracrium	0
Transamin	0
Novabupi 0,5 v	0
Lidocaina 2% v	0

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE: 30 meses da Silve
 DATA: 08/05/18 HORÁRIO DE ADMISSÃO A S.R.P.A: 13:05
 CIRURGIA REALIZADA: analgese de rotina
 TIPO DE ANESTESIA: general

ALERGIA A:

SINAIS VITais	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	HORÁRIOS	SAÍDA S.O.	SAÍDA
P. A.	<u>125/90(67)</u>					<u>140/72</u>		
F. C./PULSO	<u>80</u>					<u>78</u>		
TEMPERATURA	<u>98%</u>					<u>98%</u>		
OXIMETRIA								

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DA ESCORE DA DOR
CONSCIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>2</u>	 0 1 2 3 4 5 (Sem Dor) (Dor Máxima)
Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ATIVIDADE MOTORA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>2</u> <i>(muito mov)</i>	CONTROLES OXIGENOTERAPIA () PUNÇÃO VENOSA CENTRAL () SONDA NASOGASTRICA () DEPARTAMENTO DE SÍNUS SONDA NASOENTERAL () OPVAT SONDA VESICAL DE DEMORA () DEPARTAMENTO DE UROLOGIA DRENO DE KHER () DEPARTAMENTO DE VERIFICAÇÃO DRENO PENROSE () 14 AGO 2018
Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RESPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>2</u>	SONDA NASOENTERAL () SONDA VESICAL DE DEMORA () DRENO DE KHER () DRENO PENROSE ()
Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispneia = 0 Apnéia = 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CIRCULAÇÃO (PA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>2</u>	DRENO TORAX () GENTE SEGURO DRENO SUCÇÃO () Rua Coelho de Resende, 405 Loja 103 - DRENO LAMINAR () Nº 11 - 5500-0000 COLOSTOMIA ()
20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SpO₂	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>1</u>	GASTROSTOMIA () TRAQUEOSTOMIA ()
Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TOTAL DE PONTOS			<u>9</u>	RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM: <u>Damila</u>
APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS				

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: R: 00h Encaminhando à UTI-2, dor artrodesis de coluna torácica via posterior sole anilínia geral. Consciência orientada, positivo, humorico um O₂ 50% a 3 litros/min. Alergias: pinto, díazin e por s.o.

15:45 Diego que pariu é aguarda anestesista no SICPA, inscrevele sem outro procedimento.

Entregue:	<input checked="" type="checkbox"/> EX. LABORATORIAIS	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> RECEITA MÉDICA	<input type="checkbox"/> ATESTADO MÉDICO	<input type="checkbox"/> F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	<input checked="" type="checkbox"/> UTI	<u>2</u>	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	<input type="checkbox"/> EXTERNO	

Dr. Helder A.C. H.
 Médico Anestesiologista CRM-PI 3307
 CRM-PI 3307

Anestesiologista - CRM



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Prontuário: 362079

Atendimento: 640240

Dt. Nasc.: 04/10/1977

Idade: 40a 6m 23d

Sexo: M

Pedido: 94992

Data Pedido: 25 de Abril de 2018

Médico Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Setor Solicitante: CL. MEDICA

Unid. Internação / Leito: CL. MEDICA / CM 301

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

CREATININA.....: 0,70 mg/dl

Unidade: mg/dl

Método: Enzimático

Intervalo de Referência:

de 0,4 a 0,3 mg/dl



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: FRANCISCO MENESSES DA SILVA

Prontuário: 362079

Atendimento: 640240

Dt. Nasc.: 04/10/1977

Idade: 40a 6m 23d

Sexo: M

Pedido: 94992

Data Pedido: 25 de Abril de 2018

Médico Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Setor Solicitante: CL. MEDICA

Unid. Internação / Leito: CL. MEDICA / CM 301

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

UREIA:: 53,00 mg/dl

Método: Urea - método Ketonato Valor de referência:
10 a 20 mg/dl



JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

1790

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.584/0104-43

Paciente: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Prontuário: 362079

Atendimento: 640240

Dt. Nasc.: 04/10/1977

Idade: 40a 6m 30d

Sexo: M

Pedido: 94992

Data Pedido: 25 de Abril de 2018

Médico Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Setor Solicitante: CL. MEDICA

Unid. Internação / Leito: NEUROLOGIA / NEU 310

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

UREIA:: 53,00 mg/dl

Unidade: mg/dl Método: Espectrofotômetro Valor de Referência:
10 a 30 mg/dl

DEPARTAMENTO DE SÍNUS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1°
CEP: 64000-000

JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

1790

GETULIO VARGAS



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Prontuário: 362079

Atendimento: 640240

Dt. Nasc.: 04/10/1977

Idade: 40a 6m 30d

Sexo: M

Pedido: 94992

Data Pedido: 25 de Abril de 2018

Médico Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Setor Solicitante: CL. MEDICA

Unid. Internação / Leito: NEUROLOGIA / NEU 310

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

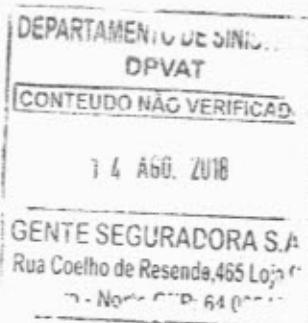
GLICEMIA

RESULTADO.....: 71,00 MG/DL

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO

MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO

MATERIAL: SORO/PLASMA



JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

1790

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Neuro

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: FRANCISCO MENESSES DA SILVA

Prontuário: 362079

Atendimento 640240

Dt. Nasc.: 04/10/1977

Idade: 40a 6m 22d

Sexo: M

Pedido: 98536

Data Pedido: 25/04/2018

Médico Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Setor Solicitante: CL. MEDICA

Unid. Internação / Leito: CL. MEDICA / CM 301

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.03.015-3

310 02

Data do Laudo: 26/04/2018

RADIOGRAFIA DE TORAX

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do tórax realizado na incidência PA demonstra:

- Campos pulmonares com transparência normal.
- Seios costofrênicos livres.
- Mediastino sem alterações.
- Área cardíaca dentro dos limites da normalidade.

CONCLUSÃO:

O estudo radiológico do tórax evidencia campos pleuro-pulmonares de transparência normal.



[Signature]
CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA**
Prontuário: **362079** Atendimento: **640240**
Dt. Nasc.: **04/10/1977** Idade: **40a 6m 30d** Sexo: **M**
Pedido: **94992** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. MEDICA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

COAGULOGRAMA

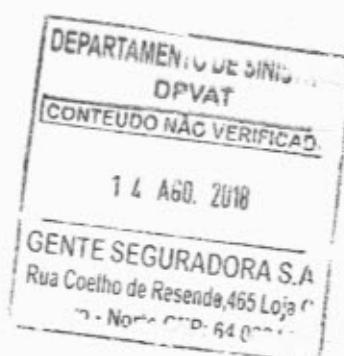
Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,00 min.
Método:Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 6,00 min.
Método:Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....:NEGATIVO
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....:TOTAL




JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

1790

Página(s): 2/2

Sr (a) : FRANCISCO MENESSES DA SILVA
Idade : 40 anos (04/10/1977) **Data da O.S. :** 25/04/2018 - 12:19:07
Dr (a) : ABIMAILO SOARES DA ROCHA NETO
Endereço Ho.: NEURO/310/02 **Número da O.S. :** 016-64763-331
Convenio : HGV **Impresso em :** 03/05/2018 - 11:28:47

TEMPO DE PROTROMBINA-TAP

Material: Plasma com citrato **Coleta:** 25/04/2018 **Liberação:** 25/04/2018
Método: Automação OPTION 2 PLUS/BioMerieux

INR	1,00
ATIVIDADE ENZIMÁTICA	100,00
TEMPO DO PACIENTE	14,00

Valores de Referência: Atividade...: 70 - 100%

Tempo.....: 14,0 s

Valor de referência obtido após determinação da Curva de Atividade Protominíaca\\n(Reta de Thivolle), a partir de um plasma de referência, diluído adequadamente

*Novo valor de referência a partir de 05/01/2018

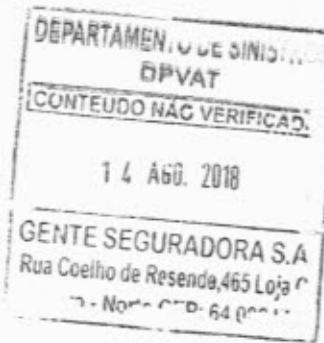
Anteriores:

Nota: NOTA IMPORTANTE

RECOMENDAÇÕES DOS LIMITES TERAPEUTICOS DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL:
INR

INDICAÇÃO	Valor Alvo	Valor Limite
Profilaxia do tromboembolismo venoso.....:	2,5	2,0 - 3,0
Tratamento de trombose venosa profunda.....:	3,0	2,0 - 4,0
Prevenção de embolia na fibrilação atrial, doença cardíaca valvular ou válvulas biológicas;		
Embolismo sistêmico recorrente. Protese valvular.:	3,5	3,0 - 4,5

Exame assinado eletronicamente por: José Ribamar C. Júnior - CRF-PI-670



ASSINATURA DIGITAL
 2C0B4DDC31F9E931C4103124A131F8

Roberto Vasconcelos
 CRF-PI-314

Responsável Técnico

Rua Des. Pires de Castro, 87N - Fone: (86) 2106-5959 - Teresina - PI



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Prontuário: 362079

Atendimento: 640240

Dt. Nasc.: 04/10/1977

Idade: 40a 6m 30d

Sexo: M

Pedido: 94992

Data Pedido: 25 de Abril de 2018

Médico Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Setor Solicitante: CL. MEDICA

Unid. Internação / Leito: NEUROLOGIA / NEU 310

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

		Valores B.S.
Leucocitos		B.S. 4.000 a 10.000
Hemácias em milhões/ml.....:	4,77	4,2 - 5,7 3,2 - 5,9
Hemoglobina em g/dl.....:	15,50	13,8 - 14,9 11,5 - 13,4
Hematórito em %.....:	47,00	42,6 - 51,4 36,9 - 49,7
Vol. Glob. Média em u3.....:	98,53	70,0 - 96,9
Hem. Glob. Média em ug.....:	32,49	23,0 - 33,0
C.H. Glob. Média em %.....:	32,98	23,0 - 36,7

OBS:

LEUCOGRAMA

		Valores Encorados
Leucócitos por ml.....:	5.770	DPVAT
Promielocitos.....:	0,00	CONTEUDO NÃO VERIFICADO
Mielocitos.....:	0,00	14 AGO. 2018
Metamielocitos.....:	0,00	GENTE SEGURADORA S.A.
Bastões.....:	0,00	Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Segmentados.....:	63,00	CNPJ: 00.000.000/0001-00
Eosinofilos.....:	2,00	0 - 1
Basofilos.....:	0,00	0 - 6
Linfócitos.....:	25,00	0 - 10
Monócitos.....:	10,00	0 - 10

OBS:

Plaquetas.....: 232.000 mm/3

140.000 mm/3 a
450.000 mm/3

OBS:

JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

1790

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRA COPIA ORIGINAL



Página(s): 1/2

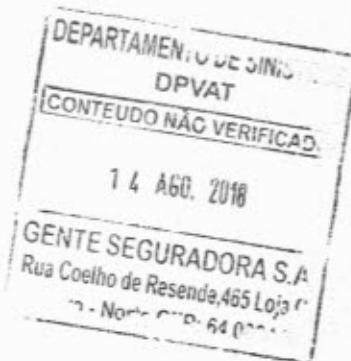
Sr (a) :	FRANCISCO MENESSES DA SILVA	Data da O.S. :	25/04/2018 - 12:19:07
Idade :	40 anos (04/10/1977)	Número da O.S. :	016-64763-331
Dr (a) :	ABIMAILO SOARES DA ROCHA NETO	Impresso em	03/05/2018 - 11:28:47
Endereço Ho:	NEURO/310/02		
Convenio :	HGV		

ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (TGO)

60 U/L

Material: Soro	Coleta: 25/04/2018	Liberação: 25/04/2018
Método : Química Seca - Johnson & Johnson		
Valores de Referência: Mulheres: De 14 a 36 U/L		
Homens: De 17 a 59 U/L		

Exame assinado eletronicamente por: Fernando Chaves de Sousa - CRF-PI-830



ASSINATURA DIGITAL
2C0B4DDC31F9E931C4103124A131F8

Roberto Vasconcelos
CRF-PI-830

Responsável Técnico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Impresso: 17/04/2018 14:44:56
 Versão: 0.0.0

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO MENESSES DA SILVA		Prontuário: 473938
Mãe: RAIMUNDA MENESSES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento: 04/10/1977	Idade: 40a:6m:13d	Sexo: Masculino Fone: 86-94124-909
Responsável: FRANCINEIDE		CNS: 708802781695710
Profissão: PROFESSOR		Documento: CPF: 755.125.303-30
G. Instrução: Superior Completo		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660571	Data: 17/04/2018 14:44:56	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: DOR NO PEITO/TÓRAX		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 17/04/18 16:20	ESPECIALISTA: FMC/1
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Dor, queira d' mola ex: mola dor para trás	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 17/04/18 16:20	ESPECIALISTA: FMC/1
Tc coluna toraco- lombária tipo "C" com displasia costal e retroversão	
OR: Internos	
Solicito Imediatamente	
Antônio Carlos Soárez Neurocirurgião CRM-PB Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 17/04/18 16:20	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	DEPARTAMENTO DE SINUS... DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.
14 AGO. 2018	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 7	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 17/04/18 16:20	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

LAUDO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO MENEGES DA SILVA (Prontuário: 475938)
Endereço: RUA JOSE DE FREITAS PEREIRA N.º 37 - PICUEIRO - BARREAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 04/10/1977 - Idade: 40a 6m - 3d - Sexo: Masculino - Origem: URGÊNCIA/EMERG.
Requisição: 630418 - Solicitação: 17/04/2018 - Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1027282 - Convênio: SUS

CC. SIA: 0206010336

RELATÓRIO:

T.C. DE COLUNA TORACICA

Data Exam:

TÉCNICA: Foram realizados através da aquisição helicoidal de 10 mm de espessura com incremento de 10 mm.

- PNEUMOTORAX A DIREITA.
- PEDIOMENO HEMOTORAX A DIREITA.
- FRATURA-LUXAÇÃO DO CORPO VERTEBRAL DE T5, COM FACETA PRESA A DIREITA E DESALINHAMENTO ANTERIOR-POSTERIOR DOS CORPOS VERTEBRAIS.
- HIFENCO-FOSE DORSAL.

DIAGNÓSTICO:

TERESINA - PI - 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 654.812.033-9 - CRM-P10241

PROFISSÃO: Cirurgião



LAUDO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO MENESES DA SILVA (Prontuário: 471938)
Endereço: RUA JOSÉ DE IBAMAR PEREIRA N° 30 PIGUIZEIRO - BARRAS - PI CEP: 64130-000
Nascimento: 04/10/1971 Idade: 46 Anos Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 50571
Necropsia: 830476 Solicitação: 17/04/2018 S. Notante: FÁBIO MÁRCOS DE SOUSA
Óbito: 10/2/2018 Convenio: SUS

cd. SIA: 0206010028

RELATÓRIO

T.C. DE COLUNA LOMBAR

Data Exame: 17/04/2018

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE L1 AO SACRO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE OSSEAS CONSERVADAS
- CORPOS VERTEBRAIS, LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS, SEJA DIFUSA OU LOCALIZADA.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.612.033-91 CRM-PI 0241
Profissional de Medicina



SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Atendimento:
640240

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

FRANCISCO MENESSES DA SILVA		Idade: 40 Anos 6 Meses 20 Dias	Sexo: M	Prontuário: 362079
RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA		Número: 130	Bairro: PIQUIZEIRO	Cidade: BARRAS
DT. Nasc: 04/10/1977	Profissão: PROFESSOR (A)	Telefone: 86 -9491.7452	CPF: 755.125.303-30	Cartão SUS: 708802781695710

Admissão: Alta 14/05/18 às _____ Permanência: 90 dias

Diagnósticos:

CID Principal: 5 2 0

CID Secundário: 1 2 9 9

CID Causa Morte:

Situação na Admissão:

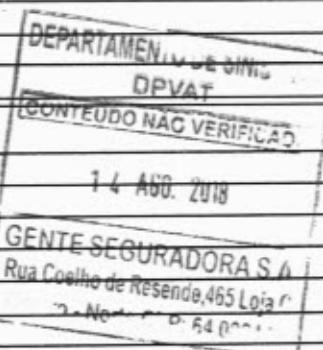
Ao 14/05/18, Poxa, febre, dor de estomago, febre alta, febre alta, dor de estomago, dor de estomago.

Evolução e Situação na Alta:

Ao 14/05/18, Poxa, febre alta, dor de estomago, dor de estomago, dor de estomago, dor de estomago.

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: 08/05/18 Tipo: Artroscopia de coluna torácica + hérnia de disco



Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

Tipo de Alta: 1.1.1. Curado 1.2. Melhorado 1.4. Pedido 1.5. Alta com prev. retorno 1.6. Evasão
 1.8. Outro Motivo 1.9. Alta pac.agudo 3. Transferência 4. Óbito 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por: _____

Transporte: _____

Nome: _____

*Dr. Abimael Soares Rocha Neto
NEUROCIRURGIA
CRM: 1376*

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

NOME : **FRANCISCO MENESSES DA SILVA**
MÉDICO : **ABIMAILO SOARES DA ROCHA NETO**
NÚMERO : **659952** DATA : **27/04/2018**
FATURA: 4654061



3. Espondilose dorsal
4. Nota-se ainda protrusão discal mediana e paramediana direita em T5-T6.
5. Nível T7-T8: abaulamento discal difuso sem sinais de comprometimento radicular.
6. Moderado derrame pleural a direita.

Achados adicionais: Aparentes múltiplos traços de fraturas nos arcos costais a direita do 5º ao 8º, podendo ser melhor avaliado com tomografia do tórax.



Digit.: LUKAS

udi24horas.com.br
(86) 4009.1715

Sariane Coelho Ribeiro
CRM 164372

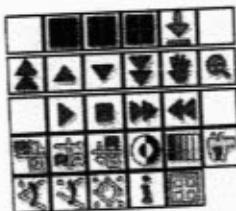
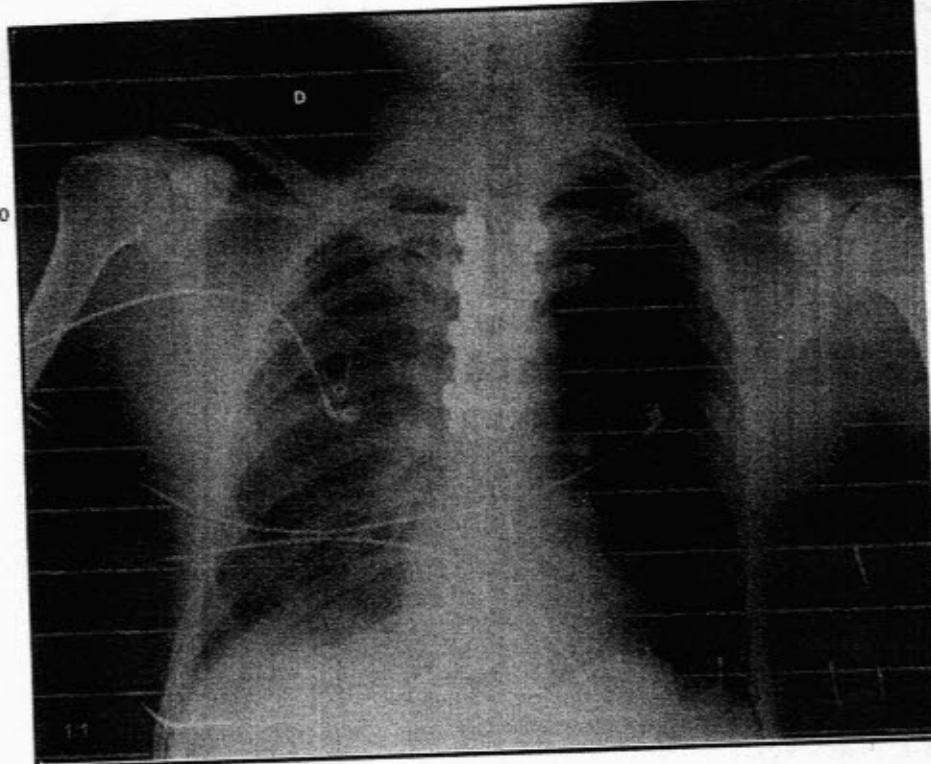
Evaldo Teixeira Nunes
CRM 2195

.:DigiWeb:.

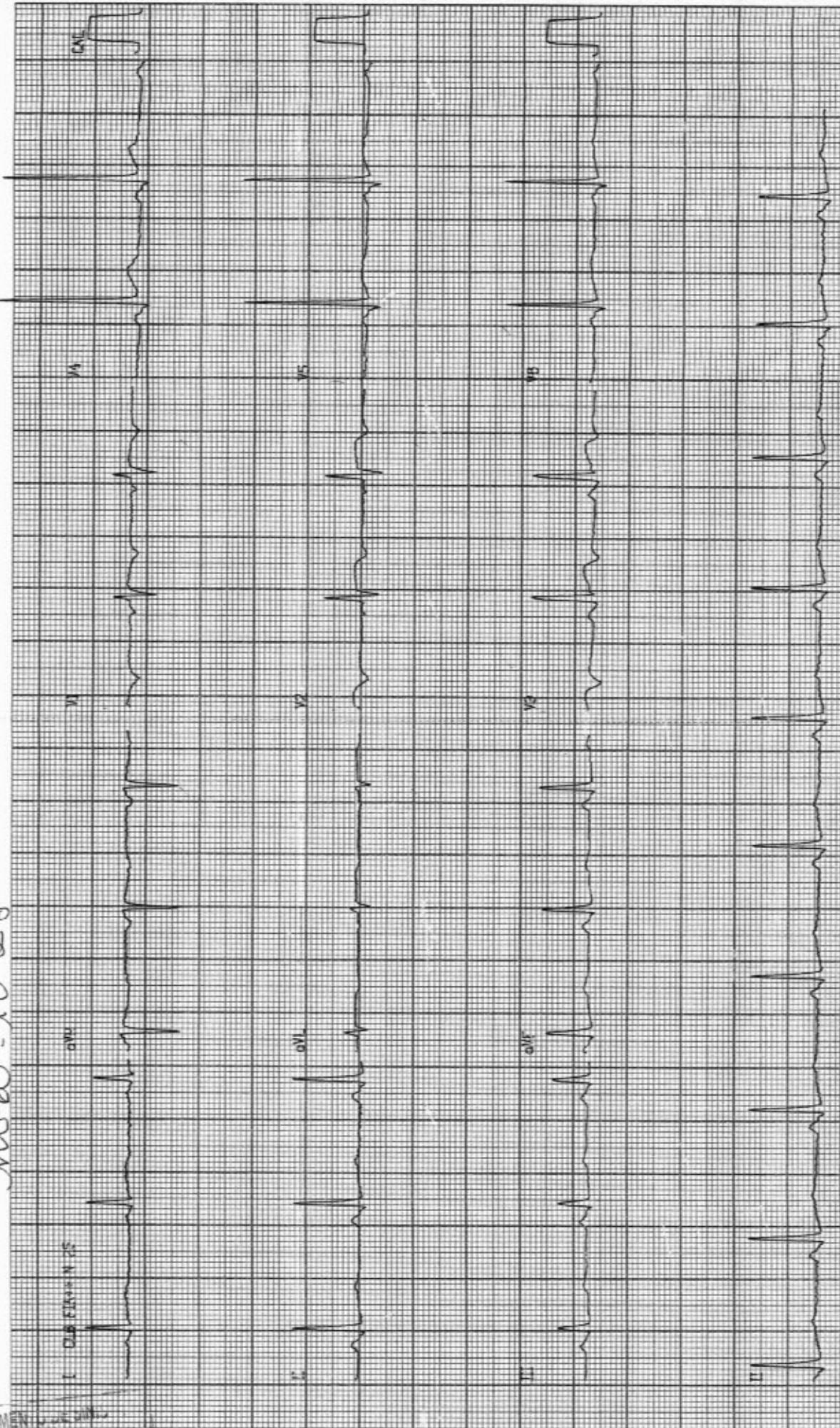


FRANCISCO MENESES DA
SILVA
Data do Estudo: 2018-05-
08
ID do Paciente: 362079
ID do
Estudo: 2018050820280400
Study Description::

Série Descrição
1001

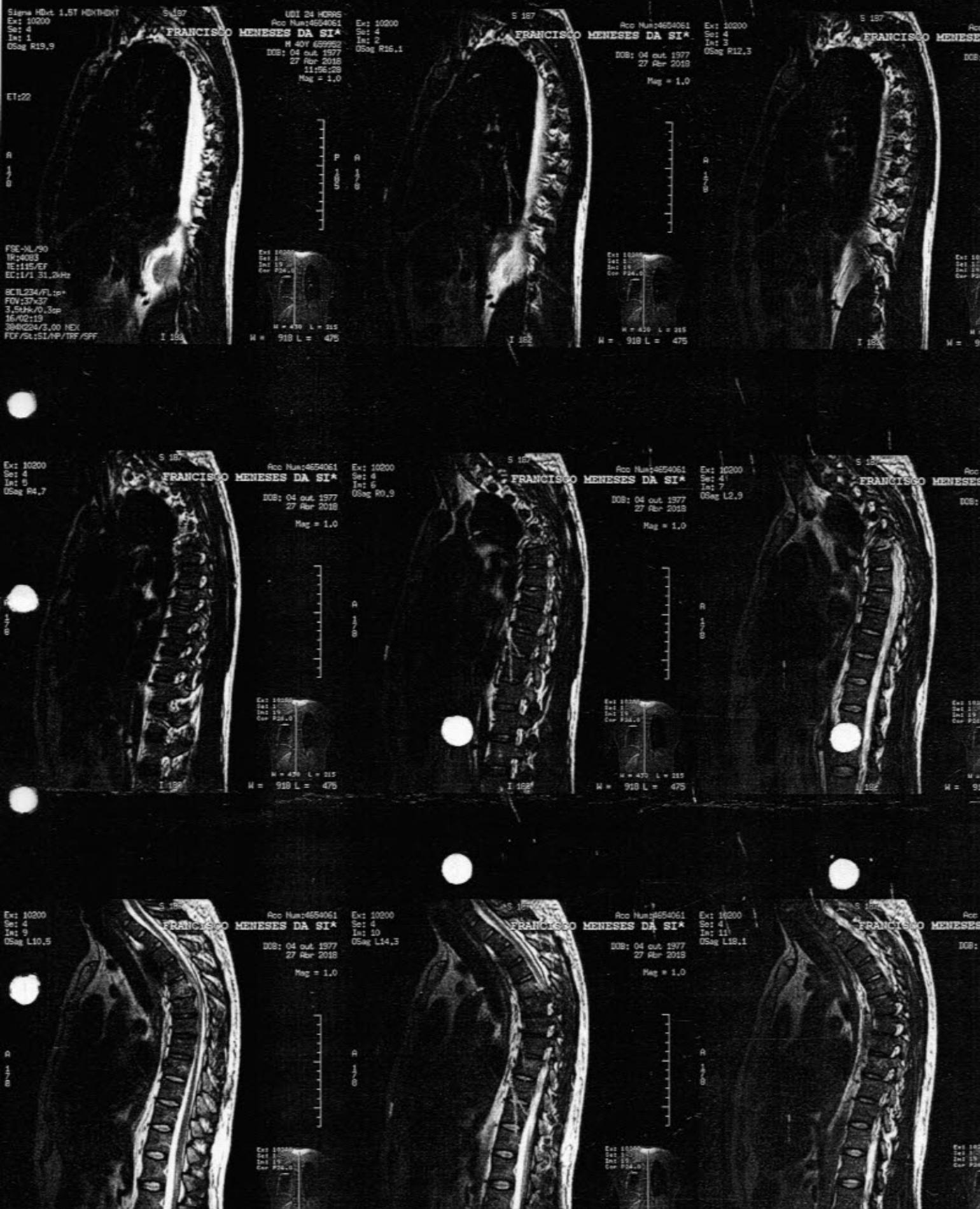


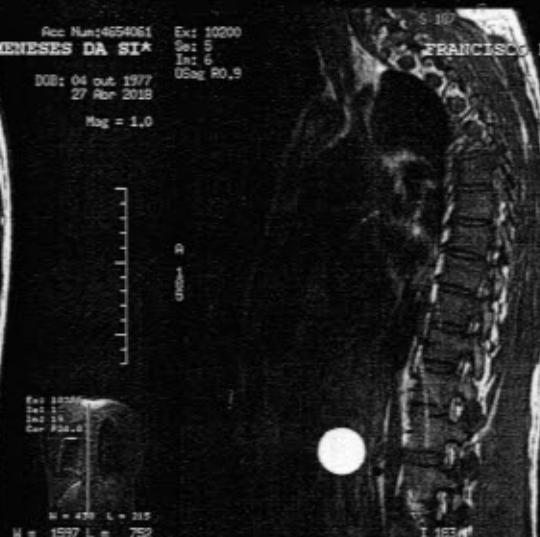
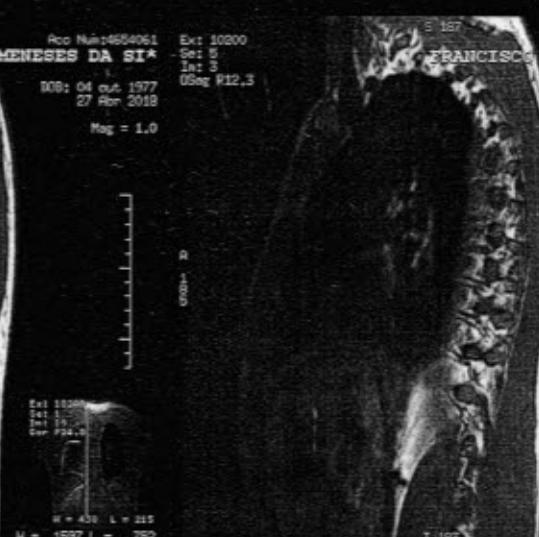
HR = 162 bpm



16 DEPARTAMENTO DE
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2016







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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7349 - Em: (24/04/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
212463	473938	FRANCISCO MENESSES DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 216	EXTRA 002	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
Evolução:	Horas:	Covid. Ag. Tomografia	Alergias:	TRM-FRATURA DE TS	Diagnóstico/Comorbidades:	
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Unid.:	Via:	Int.:	Relatório de Enfermagem:
Dietas	ORAL TIPO BRANDA,	Dose:				
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML, EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h	() ()
3	TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML. DILUIR EM 100ML DE SF 0,9% E FAZER LENTAMENTE	2,00	Ampola	EV	ADM	14/14h
4	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP 0,25ML	1,00	Ampola	Subcutâ	8/8h	
5	RANITIDINA 150MG	1,00	Comprim	Oral	12/12h	12/12h C.C.
6	ÓLEO MINERAL PURO 15G/100ML	20,00	mL	Oral	8/8h	12/12h C.C.

Observações Gerais: FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIOS VITAIS REGULARES / CUIDADOS GERAIS / DE DECUBITO 2/2H / NEUROCHECK 2/2 H / CABECEIRA A 30° / MUDANÇA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
3.º Andar - Centro
CNPJ: 04.640.000/0001-01

Bruna Valesini
Natalia Souza
Carmem

