

Browser tabs: Email - Alana Stefane, Audiências, Consulta processos - PJ, 0801967-88.2019.8.18, Baixar o arquivo | iLove, WhatsApp.

Address bar: <https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=3891448&ca=afbd6ce73743dd1f4c6993cc4fb6ccbfcee35...>

System tray: Apps, SISTEMAS, Lista de leitura

Processo: ProceComCiv 0801967-88.2019.8.18.0039  
FRANCISCO MENESES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

Document: 9804083 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2721176 CONTESTACAO Anexo 02)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/05/2020 14:54:18

Left sidebar: 04 jun 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 9804080 - CONTESTAÇÃO
    - 9804082 - CONTESTAÇÃO (2721176 CONTESTACAO 01)
    - 9804083 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2721176 CONTESTACAO Anexo 02)
    - 9804084 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 9804086 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
    - 9804087 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

14:54

11 mai 2020

Right pane: 16 de 49

Document title: Análise médico documental 1 / 95 100%

Logo: Seguradora LIDER

**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.

System tray: PT, 13:33, 23/11/2021



Número: **0801967-88.2019.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Barras**

Última distribuição : **26/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|
| FRANCISCO MENESES DA SILVA (AUTOR)                         |                    | JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)              |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                               |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo                    |
| 9804083                                                    | 20/05/2020 14:54   | <a href="#">2721176_CONTESTACAO_Anexo_02</a>  | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

## 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            |



## 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:**



## 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

|                                                      |                                  |                            |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| <b>OUTORGANTE:</b> <u>Francisco meneses da Silva</u> |                                  |                            |
| Nacionalidade: Brasileiro (a)                        | Estado Civil: <u>solteiro</u>    | Profissão: <u>Lavrador</u> |
| Identidade nº: <u>1.540.659</u>                      | CPF nº: <u>755.125.303-30</u>    |                            |
| Endereço: <u>Rua José Ribamar nº 712 Bairro</u>      |                                  |                            |
| <u>Piquizeiro - Barras - PI</u>                      |                                  |                            |
| CEP: <u>64.100-000</u>                               | Telefone: <u>(86) 99982.3093</u> |                            |

### 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 pericia medica 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 Vitima

Francisco meneses da Silva

Barras 05/06/2018

Local e data



Francisco meneses da Silva

- Outorgante -



PROCURAÇÃO PARTICULAR

|                                        |                                  |
|----------------------------------------|----------------------------------|
| OTORGANTE:                             | Francisco Mendes da Silva        |
| Nacionalidade (Brasil ou Estrangeiro): | Brasil                           |
| Identidade nº:                         | 1.210.623                        |
| Endereço:                              | Rua José de Almeida, 113, Bairro |
| Profissão:                             | Empresário                       |
| CEP:                                   | 100-000                          |
| Telefone:                              | (0800) 3003                      |

OTORGADO MARIA DO CARME PRO E DÔMIO DA SILVA

Nacionalidade (Brasil ou Estrangeiro):

Identidade nº:

Profissão (Brasil ou Estrangeiro):

Endereço: Rua Henrique Dias, 700, Bairro, CEP: 100-000

370

PODERES: Fato presente, legítimo e possível de ser feito, nome e conteúdo.

Partes presentes e autorizadas, e para todos os efeitos, especialmente para

representar, no presente e futuro, a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

e suas respectivas consorciadas, e em nome e por conta de todos os membros do consórcio

obrigando DPVAT, com o intuito de garantir a todos os membros do consórcio, a

qualquer documento necessário para a regularização de seus veículos, e para

informações sobre pontos de venda e de atendimento, podendo substituir e garantir

todos os atos de direito, podendo e não sendo obrigado a ser realizado em

qualquer e subscritores do SEGURO OPERACIONAL DPVAT por a

Francisco Mendes da Silva



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO MENESES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180374279

Vítima: FRANCISCO MENESES 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

Carta nº 13236380

Pag. 01503/01504 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030752



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:**

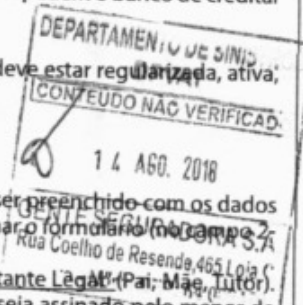
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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<br>Francisco Menezes da Silva |                  | CPF titular da conta<br>755.125.030-30 | Profissão<br>Lavrador |
| Endereço<br>Rua José Ribamar Pereira        |                  | Número<br>712                          | Complemento           |
| Bairro<br>Piquizeiro                        | Cidade<br>Barras | Estado<br>Piauí                        | CEP                   |
| Email                                       |                  | 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**

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

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**AGÊNCIA** NRO. 2844 D/V 4 **CONTA** NRO. 6.015 D/V 1  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO** Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_  
**AGÊNCIA** NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ **CONTA** NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

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 Nº: 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: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA

Endereço: RUA JOSÉ RIBAMAR PEREIRA, Nº 712

Bairro: PIQUIZEIRO

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

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

Ano: Placa:

2013 OUD3499

Chassi:

9C2HC1420DR044966

Renavam:

00550423273

Cor:

Preta

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:

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, foi tentar desviar de uma poça de água criada pela chuva na estrada, perdeu o controle da moto, bateu no meio fio sendo lançado dentro de um boeiro localizado no acostamento da pista; QUE perdeu os movimentos das pernas no momento do acidente e ficou 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 transferido ao HUT em Teresina e após foi transferido para o HGV onde passou por uma cirurgia na região da coluna ficando mais de 20 dias internado. Era o relato.

Bergson Monteiro De Carvalho - Mat. 2866072  
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Meneses da Silva  
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



Boletim de Ocorrência emitido em: 12/06/2018 12:26 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 2/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052014541657900000009327221>  
Número do documento: 20052014541657900000009327221

Num. 9804083 - Pág. 10

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<br><u>Francisco meneses da Silva</u> | CPF da Vítima<br><u>755.125.303-30</u> | Data do Acidente<br><u>16.04.2018</u> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|

**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:**

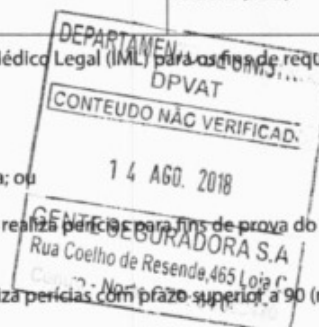
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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.



Bauras 03 de Agosto de 18  
Local e Data

Francisco meneses da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

101/2017





# SUS

## SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB DATA: 16/04/2018  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PI Barras / 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 TRÂNSITO  
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA  
03- ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA  
04- ☐ ENVENENAMENTO  
05- ☐ AFOGAMENTO  
06- ☐ QUEIMADURAS  
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO  
08- ☐ QUEDA  
09- ☐ MAL SÚBITO  
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA  
11- ☐ OUTROS  
12- ☐ JÁ REMOVIDO  
13- ☐ FALSO CHAMADO

### NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐  
RESPONDE A COMANDO ☐  
RESPONDE A DOR ☐  
SEM RESPOSTA ☐

### PUPILA:

IGUAIS ☐  
DESIGUAIS ☐

### FALA:

NORMAL ☐  
CONFUSA ☐  
NENHUMA ☐

### PULSO RADIAL:

FORTE ☐  
FRACO ☐  
AUSENTE ☐

### SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐  
MÍNIMO ☐  
MODERADO ☐  
INTENSO ☐

### SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 110x80  
PULSO 89  
RESPIRAÇÃO 22

### OBSERVAÇÕES

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

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO  
☐ OXIGÊNIO  
☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR  
☐ CURATIVOS  
☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

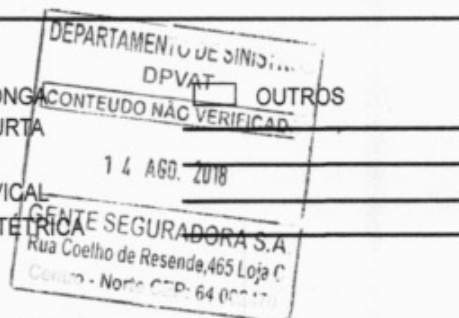
- ☐ PRANCHA LONGA  
☐ PRANCHA CURTA  
☐ KED  
☐ COLAR CERVICAL  
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

### CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO  
☐ PIORADO  
☐ INALTERADO

### ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO  
☐ ANTES DO TRANSPORTE  
☐ NO TRANSPORTE



HOSPITAL DE DESTINO: HRLM

Priscilla Katrine Bezerra Carvalhal

ENFERMEIRA

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

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 MENESES 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 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado 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 Medido:             | 97    |      | Emissão:         | 14/05/2018 |
| Consumo Faturado:           | 97    | FCAM | Apresentação:    | 15/05/2018 |

NORMAL

29

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | A990485        |       | 1.1.1.1     | 132            |

| HISTÓRICO kWh        |     | DESCRIÇÃO 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: |     |                                |                           |
| 0 A 97 - 0,559262    |     |                                |                           |

| MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO                                                                                      |           |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mes/Ano                                                                                                                            | Valor R\$ | Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/05/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso. |
| 04/2018                                                                                                                            | 109,85    |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09).<br>LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5-10 15 20 25 |           |                                                                                                                                                                                                                                                      |

| RESERVADO AO FISCO F700.1725.2883.3280.A829.6E9A.0BC0.96AF |                         |
|------------------------------------------------------------|-------------------------|
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$                                  | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
| Distribuição: 15,49                                        | Base de Cálculo: 74,26  |
| Energia: 29,45                                             | Alíquota 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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Resende, 465 Loja 1  
Nº 64

(86) 99982



**Aguas de  
Teresina**

Nossa Água muito bem tratada

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

TC 1.36  
20180807102233

MATRICULA 13650041-2  
NATURA Nº 152256673  
MÊS/ANO 8/2018

NOME/ENDEREÇO  
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 | TIPO | LIDO | ATURADO |
|---------|------|------|---------|
| 06/2018 | Lido | 24   | 24      |
| 05/2018 | Lido | 16   | 16      |
| 04/2018 | Lido | 15   | 15      |
| 03/2018 | Lido | 15   | 15      |
| 02/2018 | Lido | 23   | 19      |

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁBUA  
1 Residencial - Normal

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

CONSUMO MÊS M3 17

LEI 12.741/2012  
PIS/PASEP 0,41 x 1,65% = 1,02  
COFINS 62,41 x 7,60% = 4,74

TABELA DE TÁBUAS

| RESIDENCIAL | TÁBUA DE CONSUMO (M3) E (%) |
|-------------|-----------------------------|
| 18          | 25 2.8010 50                |
| 25          | 999999 8.5300 50            |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

| VALOR                  | REFERENTE AGUA - 61,09 | REF.    | VALOR |
|------------------------|------------------------|---------|-------|
| > Residencial - Normal | 17,0 m3                | 07/2018 | 61,09 |
| JUROS POR ATRASO       | 07/2018                |         | 0,16  |
| MULTA POR ATRASO       | 07/2018                |         | 1,16  |

NÃO RESIDENCIAL  
TÁBUA DE CONSUMO (M3) E (%)

VENCIMENTO

20/08/2018

TOTAL A PAGAR

62,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ 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 XX)

| PARÂMETROS   | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|--------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE  | 2.718               | 2.700                    | 18                          | 1,32        | 0,20-5,00 mg/L  |
| COR APARENTE | 2.803               | 2.327                    | 481                         | 10,01       | Inferior a 15,0 |
| 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 XX)

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| COLIFORMES TOTAIS | 473                 | 472                      | 1                           | Ausência    | Ausente         |
| ESCOLHEDOR COLI   | 473                 | 473                      | 0                           | Ausência    | Ausente         |

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

TC 1.36 20180807102233

**Aguas de  
Teresina**

MATRICULA 13650041-2

NATURA Nº 152256673  
MÊS/ANO 8/2018

VENCIMENTO 20/08/2018

VALOR A PAGAR 62,41

8265000000-3 62411535000-8 00201815225-2 66730100104-2



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 ABO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
- Nome - 64019330

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> 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 Procondonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 44 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 755.125.303 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco Mendes 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          |                         | Número | Complemento            |
| Rua Henrique Dias |                         | 790    |                        |
| Bairro            | Cidade                  | Estado | CEP                    |
| Vimulha           | Teresina                | PI     | 64019-330              |
| Email             | Telefone comercial(DDD) |        | Telefone celular (DDD) |
|                   |                         |        | 8099982-3093           |

Teresina, 03 de Agosto de 18  
Local e Data

Maria do Carmo Procondonio 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 J.S.P.P., portador do CPF nº 40886160359, com

domicílio na cidade de Barras 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: 0UD-3499

Chassi: 9C2HCJH30DRO 44966

Data do Acidente: 16/04/2018

Local e Data: Barras 05/06/2018

Francineida da Costa  
Assinatura do Declarante



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



**FOLHA DE EVOLUÇÃO**

|                           |                    |               |
|---------------------------|--------------------|---------------|
| NOME DO PACIENTE:         | LEITO / ENFERMARIA | Nº PRONTUÁRIO |
| Francisco Mendes da Silva | 04101              |               |
| NOME DO MÉDICO:           |                    |               |

| DATA  | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ASSINATURA |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 16/04 | 06:30. Paciente admitido neste setor clínico cirúrgico, transferido pelo SAMU. Foi encontrado na beira do rio (+08 hs). Refere dor lombar, dor no abdômen (+08 hs). Consciente, orientado, físico, eufórico, alvear (36,5), temperatura (42,0 x 38,0), normotensão, não hipo ou hipertensão de HAS, DM e afil. Não medicamentosa. Sem cuidados da equipe. |            |
| 17.04 | A 10:30, pt segue em IH, consciente, orientado, físico, hidratado. Refere dor lombar e hemiparesia em MMII. Consciente, orientado, não ambula. Acute de to vo. diurex (+) Eructação (+). Hipertensão. Comunicado ao médico plantonista, que regulou pt. realiza exames no HUT. Quando transpõe                                                            |            |
| 18    | A 11:25, pt transferido p/ HUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
|       | DEPARTAMENTO DE SINIS...<br>DPVAT<br>CONTEUDO NÃO VERIFICAD.<br>14 AGO 2018<br>GENTE SEGURADORA S.A<br>Rua Celso de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Nome C.D. 64 000-000                                                                                                                                                                                  |            |





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



**Hospital Regional  
Leônidas Melo**

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

[illegible]

Informado ao médico plantonista





HOSPITAL REGIONAL LEÓNIDAS 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

E-mail: [hrleonidas.melo@hotmail.com](mailto:hrleonidas.melo@hotmail.com)



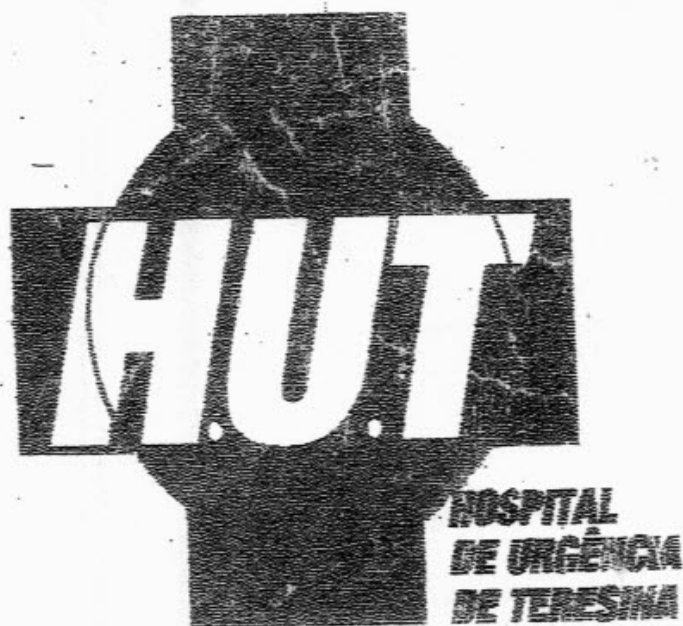
**Hospital Regional  
Leônidas Melo**

ID = 22816  
date = 197021832

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

| NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MENEGES DA SILVA |                                                                                                                                                                                                    | Nº PRONTUÁRIO                     |                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME DO MÉDICO: DR. ANTONIO J. (SANTO)       |                                                                                                                                                                                                    | ENFERMARIALITO                    |                                                                                                                                            |
| DATA                                         |                                                                                                                                                                                                    | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM           |                                                                                                                                            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                            |                                                                                                                                                                                                    | HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                |
| 03/04/18                                     | # Acidente no laboratório #<br>⇒ Paciente com lombalgia e dor de-<br>-dulas (sem mobilização manual)<br>20/                                                                                        |                                   | Ch. segue com que-<br>-das abrigadas na região<br>lombal e dor em<br>sementeiro no MFD.                                                    |
|                                              | (1) Duto oral leve<br>(2) Ste. 9%, 500ml, EV, p/menstr. avies.<br>(3) Diphenhydramine 25mg - 2x 24 06<br>(4) Dexametasona 4mg - 1x 24 06<br>(5) Regular p/cte (1 volume - 1 dose)<br>(6) SSN + ECG | 24 06<br>24 06<br>24 06           | 9:55 Retire das 1m segão<br>lombal antipático a med-<br>-cação. Est. 100% 06/18<br>12:50h - Paciente trans-<br>-ferido para HUT<br>- mpxe. |





NOME DO PACIENTE: Francisco meneses da Silva

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 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

Ortopedista  
SUS SUS  
NEURO

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

(Paciente): VALÉRIE HENRIQUE  
(Relatório): PRÉFICAOPAR

## 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                | Trajetos?: | Não                 | Tipico:   | Não                             |
| CID Secundário:    |                    |            |                     |           |                                 |

### DADOS CLÍNICOS:

Doença aguda polêmica há uns 03 dias, quadro de  
mialgia, dor torácica com quadro de insuportável  
em MTE  
As Exams: com quadro de dor, pulso,  $\pm$  90 batidas, mialgia  
Painel de mialgia, a mialgia em MTE  
Cl: Sinal de ~~Frankel~~ de ~~Frankel~~ e ~~Frankel~~ e ~~Frankel~~  
Alto de ~~Frankel~~ e ~~Frankel~~  
PA ☒ mmHg Pulso: ☐ FC: ☐  
laqueístico inicial: ☐  
EXAME: Col torácica + torácica  
DATA: 17/04/18 às 16h

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- TC coluna torácica e lombar  
- site de cirurgia plástica  
- encaminhamento do m. Francisco José

|                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALTA:               | <input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Curado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> A Pedido | <input type="checkbox"/> Administrativa<br><input type="checkbox"/> Por Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Por Evasão | <input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <u>Dr. Maria Dalva Barbosa e Silva</u><br><input type="checkbox"/> Transferência: <u>MEDICA</u><br>CRM-PI: 6815 |
| DATA SAÍDA:         | <u>17/04/18</u>                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |
| HORA:               | <u>16h</u>                                                                                                                                        |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |
| DESTINO:            | <input type="checkbox"/> Internação na Unidade                                                                                                    |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |
| Proced. Solicitado: | <u>3030 40092</u>                                                                                                                                 |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |
| CID Compatível:     | <u>8062</u>                                                                                                                                       |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
14 ABR. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
- Norte CEP: 64 000-000

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

(VALIDENCE NUMBER)

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                            |                                  |                              |
|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <b>Código:</b> 660571                      | <b>Data:</b> 17/04/2018 14:44:56 | <b>Clas. Cor:</b> Indefinido |
| <b>tipo da Procura:</b> DOR NO PEITO/TÓRAX |                                  | <b>Convênio:</b> S U S       |

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

|                                                                                 |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Data/Hora Solicitação:</b> 17/04/18 16:20                                    | <b>ESPECIALISTA:</b> F. N. S. |
| <b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b><br>Dor no peito de modo<br>e leve<br>dispnia leve |                               |
| Carimbo/Assinatura Solicitante                                                  |                               |

**DADOS DO PARECER:**

**Data/Hora:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Exatidão baixa - padrão tipo "C" TT com  
deformação cística / retrocaval

Q = Intensa

Exatidão baixa

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

|                                                                                                                                                                                                  |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Data/Hora Solicitação:</b> ____/____/____ : ____                                                                                                                                              | <b>ESPECIALISTA:</b> _____ |
| <b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b><br>DEPARTAMENTO DE SINIS...<br>DPVAT<br>CONTEUDO NÃO VERIFICADO<br>14 AGO. 2018<br>CENTE SEGURADORA S.A<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>m - No... 0-640... |                            |
| Carimbo/Assinatura Solicitante                                                                                                                                                                   |                            |
| <b>DADOS DO PARECER:</b> <b>Data/Hora:</b> ____/____/____ : ____                                                                                                                                 |                            |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer                                                                                                                                                                 |                            |



**NOME DO PACIENTE**

Werner Mueser de la

DIAGNÓSTICO ACTUAL E COMORBIDADES,

ACTUAL E COMORIDADES

ASA-C-Play MRD TGB MJE

## ALLERGIES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17. 35h-Pete admittido sus Pen-  
tes 1, vinhos do Zelo Verde. ~~Q~~  
Mantido inferno

**Dieťa bastosa** Visto Nutricionista  
Cada CRN/PI 10169

|                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| 1. Dieta pastosa         | Taisa Caland CH |
| 2. SF 0.9% 2000ml EV dia |                 |

~~0.1034 mg of sample~~

~~04/03/2005 - 06/03/2005~~

#### 4. Benitidine 16.75 + Ab-EV 8/8h

~~CONFIDENTIAL - Do not use At 12/1/86~~

6. **Minerals 2mol + 8mol AB EV 6/6h**

7. *Geomorphida* 1 amp: AB1278/84(505)

3. Nitroindipine (30) ~~20~~ 4/4/4/4

~~Singapore Round Vol 93 d10~~

Contenit 25mg VO se PAD 110 mmHg

11 Pinzetam 10mg VO ds 21h

|    |                                                      |
|----|------------------------------------------------------|
| 12 | Tromadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV <del>27h</del> (s) |
|----|------------------------------------------------------|

EV 4/4h ACM/

|    |                     |           |
|----|---------------------|-----------|
| 13 | Deposito no leito / | SSVW 6/6h |
|----|---------------------|-----------|

Cheney Co. 12-2-20

**MÉDICO/CRM:**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
14 ABO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
- N.º 64000000

1944-45 376  
 George de Goo  
 Anthony Carlos Sosa

**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)**

|                                                        |                                                                             |                             |                          |                    |                |                                     |                  |                                    |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------|----------------|-------------------------------------|------------------|------------------------------------|
| <b>Internação:</b>                                     | <b>Prontuário:</b>                                                          | <b>Paciente:</b>            | <b>Clinica:</b>          | <b>Enfermaria:</b> | <b>Leito:</b>  | <b>Médico Assistente:</b>           |                  |                                    |
| 212463                                                 | 473938                                                                      | FRANCISCO MEENESES DA SILVA | CLINICA NEUROLOGIA - P07 | ENFERMARIA 216     | EXTRA 002      | MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS |                  |                                    |
| <b>Evolução:</b>                                       | <b>Diagnóstico/Comorbidades:</b>                                            |                             |                          |                    |                |                                     |                  |                                    |
| <b>Horas:</b><br>C.S. TRM ASIA C<br>Cond: Ag trans fme | TRM-FRATURA DE T5                                                           |                             |                          |                    |                |                                     |                  |                                    |
| <b>Seq.:</b>                                           | <b>Descrição-Apresentação/Observação:</b>                                   | <b>Dose:</b>                | <b>Unid.:</b>            | <b>Via:</b>        | <b>Recons:</b> | <b>Dil. Vol.:</b>                   | <b>Horarios:</b> | <b>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:</b>    |
| Dieta                                                  | ORAL Tipo BRANDA,                                                           |                             |                          |                    |                |                                     |                  | 18.00h Solicitado trans-           |
| 1                                                      | CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)<br>1000ML SIST FECHADO             | 1,00 Frasco                 |                          | EV                 | 12/12h         |                                     |                  | ( ) ( )<br>ponte para HGV.         |
| 2                                                      | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.<br>EM CASO DE DOR OU FEBRE              | 1,00 Ampola                 |                          | EV                 | 6/6h           | AD                                  |                  | 14h<br>CRITICAMENTE DOENTE         |
| 3                                                      | TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML.<br>DILUIR EM 100ML DE SF 0,9% E FAZER LENTAMENTE | 2,00 Ampola                 |                          | EV                 | ACM            | SF 0,9%                             |                  | 20.40-Transfusão p/                |
| 4                                                      | HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP<br>0,25ML                        | 1,00 Ampola                 |                          | Subcutá            | 8/8h           |                                     |                  | HGV.                               |
| 5                                                      | RANITIDINA 150MG                                                            | 1,00 Comprim                |                          | Oral               | 12/12h         |                                     |                  | Rosendo Mirydo Jones<br>Enfermeira |
| 6                                                      | ÓLEO MINERAL PURO 15G/100ML                                                 | 20,00 mL                    |                          | Oral               | 8/8h           |                                     |                  | COURELP 8280                       |

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





Prefeitura de  
**Teresina**

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

**FISIOTERAPIA**

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Francisco Mendes da Silva Nº PRONT: 473938 Nº LAUDO: \_\_\_\_\_

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

### JUSTIFICATIVA

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

DEPARTAMENTO DE SINUS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
- Norte CEP: 64 000-000

Dr. Marcos Antônio P. da Silva  
Médico Assistente - HUT  
CRM 1081

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUDITOR

Marcelo Antonio Pinheiro Coutinho  
Médico de Emergência  
CRM 1081  
Contato com Original

*Ke*

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO AUDITOR





Prefeitura de  
**Teresina**

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE: **REGISTRO DE ALTA**

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**  
PACIENTE: Ferreira M. de Silva Nº PRONT: 473038 Nº 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

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

AUDITÓR



DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO AUDITOR



Rua 14 de Abril, 1465 - Bairro Residência  
Teresina - PI - CEP: 64.000-000  
Fone: (33) 3218-5199



36 3218-5199



diretorageralhut@gmail.com



|                                                                                                   |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Nº LAUDO: 68090<br>AIH: 2218100226199 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                              |         |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                  | CNES    |
| CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR       | 7569963 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                   | CNES    |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | 5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                 |                             |                           |             |      |
|-----------------|-----------------------------|---------------------------|-------------|------|
| CARTÃO 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

|                                                                      |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                  | CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL |
| TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C LESÃO DA MEDULA ESPINHAL | 0303040238                  |

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

|                                                                      |                  |                   |                          |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR                      | CÓDIGO           |                   |                          |
| TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO    | 0303040092       |                   |                          |
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA                       | CÓDIGO           |                   |                          |
| TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C LESÃO DA MEDULA ESPINHAL | 0303040238       |                   |                          |
| DIAGNÓSTICO INICIAL                                                  | CID 10 PRINCIPAL | CID 10 SECUNDÁRIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| FRATURA DA COLUNA NÍVEL NÃO 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    | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) |
| MARCUS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS |                                                |
| CNS SOLICITANTE                     | DATA SOLICITAÇÃO                               |
| 980016283433443                     | 26/04/2018                                     |

### AUTORIZAÇÃO

|                                      |                                                |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR     | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) |
| CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA |                                                |
| CNS AUTORIZADOR                      | ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO                 |
| 108785859390004                      | 26/04/2018 12:43:01                            |



Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador





212463

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

65

68090

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação:<br><b>212463</b> |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> |                                           |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|           |                                                                 |               |            |                 |                |         |                |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|---------------|------------|-----------------|----------------|---------|----------------|
| 5-Nome:   | FRANCISCO MENESES DA SILVA                                      |               |            | 6 - Prontuário: | 473938         |         |                |
| 7-CNS:    | 708802781695710                                                 | 8-Nascimento: | 04/10/1977 | 9-Sexo:         | Masculino      | CPF:    | 755.125.303-30 |
| 11-Mãe:   | RAIMUNDA MENESES DA SILVA                                       |               |            | 12-Fone:        | 86-94124-909   |         |                |
| 13-Resp:  | FRANCINEIDE                                                     |               |            | 14-Cor:         | Sem Informação |         |                |
| 15-Ender: | RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N 130 - PIQUIZEIRO - CEP: 64100-000 |               |            |                 |                |         |                |
| Unic:     | BARRAS                                                          | 17-Cod.IBGE:  | 220120     | 18-UF:          | PI             | 19-CEP: | 64100-000      |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                                                                                                     |                                                                                              |                          |                     |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><i>Queixa de dor (SIC) em trauma de cabeça<br/>Biclitada em membros inferiores<br/>Tudo como fratura de fêmur e tibia</i> | 21 - Condições que justificam a internação:<br><i>Neurolobes de trauma grave</i> | 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><i>Acima</i> | 23-Diagnóstico Inicial:<br><input checked="" type="checkbox"/> s traumatismos intracranianos | 24-CID Prim: <b>S068</b> | 25-CID Sec: <b></b> | 26-CID C.Aux: <b></b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                   |                                                                                                           |                       |                       |                       |                                            |                                                                                     |                                           |                                                                                                             |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.: <b>0303040092</b> | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MEDIO)</b> | 29-Clinica: <b>02</b> | 30-Caráter: <b>01</b> | 31-Docum.: <b>CPF</b> | 32-Doc. Méd. Solic.: <b>963.249.613-20</b> | 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>17/04/2018</b> | 35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):<br><i>Dr. Marcos Vinícius O dos Santos<br/>Neurocirurgião<br/>CRM: 3950</i> |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                              |                                  |                                   |                                                                                                                               |                  |            |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|
| 36- ( ) Acidente de Trânsito | 37- ( ) Acidente Trabalho Típico | 38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto | 39-CNPJ Seguradora:                                                                                                           | 40-No. Sinistro: | 41-Detido: |
| 42-CNPJ Empresa:             | 43-CNAES Empresa:                | 44-CEP:                           | 45 - Vínculo com a Previdência:<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                  |            |

## AUTORIZAÇÃO

|                                        |                                         |                                  |                    |                                                                                                                                                                         |                                                                         |                                                    |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:<br><b>16/05/18</b> | 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF | 49-Num. Documento: | 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):<br><i>Plínio dos Santos Macedo<br/>Assessor de Auditoria - DRECA / PRR<br/>Médico - CRM: 4111111111111111<br/>CNPJ: 170446319050008</i> | 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><i>Francineide da Silva</i> | 52-Data Autorização:<br><b>17/04/2018 16:36:37</b> |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                                                                    |                                       |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | Nº LAUDO: 68090<br>AIH: 2218100226199 |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                   |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR      | CNES<br>7569963 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES<br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                      |                                                       |                                                 |                                   |                             |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b><br>708802781695710 | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>FRANCISCO MENESES DA SILVA | <b>NASCIMENTO</b><br>04/10/1977                 | <b>SEXO</b><br>M                  | <b>PRONTUÁRIO</b><br>473938 |
| <b>DOCUMENTO CPF</b>                 | <b>TELEFONE</b>                                       | <b>NOME DA MÃE</b><br>RAIMUNDA MENESES DA SILVA | <b>RESPONSÁVEL</b><br>FRANCINEIDE |                             |
| <b>CEP</b>                           | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>                          |                                                 |                                   | <b>NUMERO / LOTE</b><br>SN  |
| <b>BAIRRO</b><br>PIQUIZEIRO          | <b>COMPLEMENTO</b>                                    | <b>MUNICÍPIO</b><br>BARRAS                      | <b>UF</b><br>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 MMIL, SENSIBILIDADE PRESERVADA. PA: 120X80MMHG GLASGOW: 15 TAX: 36,5° FC: 86BPM FR: 22IRPM SAT: 96% EM AR AMBIENTE GLICEMIA: 117

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ACIMA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                                                                                            |                          |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                                                   |                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO |                                                                                                                              |
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                                                    | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA<br>CPF: 96324961320 CRM |
| <b>CARÁTER</b><br>URGÊNCIA                                                                                                        | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>17/04/2018                                                                                        |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>17/04/2018 14:44                                                                                          | <b>DATA ALTA</b><br>24/04/2018 20:40                                                                                         |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO                                                                    |                                                                                                                              |

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LESÃO</b> |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                                     |                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>AARAO CRUZ MENDES<br>CPF: 13178547304 CRM | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br>DATA ANALISE: 17/04/2018 16:50:28 CFP |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: HRLM - Barras

Para: Ortopedia - HU

Nome da pessoa encaminhada:  
Francisco Menezes da Silva

Registro: ID=22815  
Intensificação = 197021832

Motivo do encaminhamento:

- Paciente vítima de acidente automobilístico há 2 dias,  
avaliado com queda de força no membro, sem conseguir  
deambular.  
- PA=120x80mmHg; SatO2=96% em ar ambiente; GC=117mg/dl;  
PC=89bpm; TAX=36,5°C

Observações: - Obs = sensibilidade de membro preservada  
- RX coluna lombossacra = sem fraturas.



Data: 17/04/18

Assinatura: Antonio Junior  
(SAÚDE)  
Médico  
4.1.1.1.1.1.1

Obs. Deve ser arquivado no Centro de Referência em Saúde da Família Unidade Mista e Hospital Leonidas Melo.

FICHA RETORNO

De Unidades:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data:

Assinatura: resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida ao Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.





## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

216 - EXT 2

OME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
CONTATO FEITO COM: \_\_\_\_\_  
CONFIRMADO A VAGA: SIM ( ) NÃO ( )

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

OME: Francisca Mendes de Silva  
IDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

### II - TRANSFERÊNCIA

LÍNICO ( ) CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

TAM - Bula de medicação  
doz 15, Paroquial rural.



EXAMES REALIZADOS:

TC coluna torácica = fratura T1-  
AD - (C)

DIAGNÓSTICO:

TAM - ASLA - C

TRATAMENTO REALIZADO:

Analgesia

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Alta complexidade

DATA: 17/04/18

Antônio Carlos Sousa  
Neurocirurgião  
Cirurgião de Coluna  
CRM-PR 1228

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

Pág: 1 de 1

## 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: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 17/04/2018

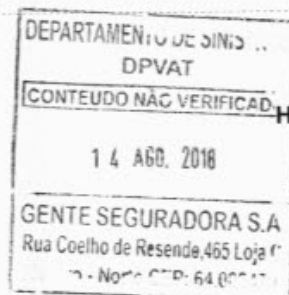
### T.C. DE COLUNA LOMBAR

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)



TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

*Handwritten signature and stamp of the medical professional.*





## 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

Pág: 1 de 1

### 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: S U S

#### 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

*Handwritten signature of Herbert Galeno Prado Mendes*  
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52  
https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052014541657900000009327221  
Número do documento: 20052014541657900000009327221





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

SUS



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME

IDADE

SEXO

MASC.

FEM.

CLÍNICA

AMBULATÓRIO

INTERNO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

DATA

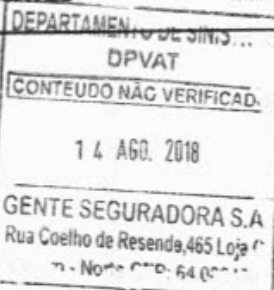
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

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)





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

SUS



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME *for Nelson da Silva*  
IDADE *45* SEXO ☐ MASC. ☐ FEM. CLÍNICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ INTERNADO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

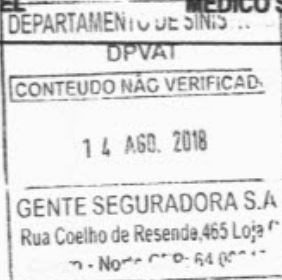
Dr. José Fonteneles Pinheiro  
Clínica Médica / Saúde Mental  
CRM - PI 3493  
CRA 154.952.133-00

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 *14* / *08* / *2018*

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)



Neurologia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Francisco Menezes da S

PRONTUÁRIO MÉDICO

Dr. Edmar Nete



NEURO

Junior  
Faturista





**HGV**  
HIGHER GRADE  
VOCATIONAL

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

Num. 9804083 - Pág. 38

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

AIH : 221810106471-8  
UNI : HGV

Orgão Emissor: A221100001

Estabelecimento de Saúde

Estabelecimento solicitante:

**HITAL GETULIO VARGAS**

Estabelecimento executante:

**HITAL GETULIO VARGAS**

AIH : 221810106471-8  
UNI : HGV

NASCIMENTO  
04/10/1977

0  
7  
ento  
35

FRANCISCO MENESES DA SILVA

**Aih Faturada**

D. LIBERA: 10/05/2018

DT. LAUDO: 08/05/2018

PROCED.: 0408030275

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRAS NIVE

OP. SIST: J. SANTOS

CID: S221

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL  
CPF: 755.125.303-30

**FRANCISCO MENESES DA SILVA**

708802781695710

8 - Na:

**RAIMUNDA MENESES DA SILVA**

12 - Fone: 86-9.4917452

14 - Cor: PRETA

RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA  
BARRAS

130

PIQUIZEIRO

19 - CEP: 64100-000

17 - Cod. IBGE: 220120

18 - UF: PI

RG: 15406-59

**Justificativa da Internação**

Sinais e Sintomas Clínicos:

*Parafuso na região de saída de mão e  
da perna / Parafuso.*

Fatores que justificam a Internação:

*com dor.*

Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

*TCC com fratura.*

Histórico 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.

LOGIA

02

1

CPF

53971027415

Profissional / Assistente  
L SOARES DA ROCHA NETO

34 - Data de Solicitação:  
08/05/2018

Dr. Abimael S. da R.  
NEUROLOGIA-NEUR.  
CRM 1835

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

**Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)**

Cidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

Cidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

Cidente de Trabalho Trajetado.

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

**Autorização**

Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

10/05/18

Documento

49 - Num. Documento

Dr. Artemes Costa  
MÉDICO AUTÓMATO TENDINHA  
CRM 1835  
Ass. Carimb. (RG Conselho)

Natureza Paciente ou Responsável.

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



Nº. da Autorização

Orgão Emissor: H221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃOAIH : 221810106471-8  
UNI : HGV

Data Emissão: 04/10/2018

SUS  
Ministério  
da  
SaúdeLAUDO PA  
PROCEDIMAIH : 221810106471-8  
UNI : HGV

Orgão Emissor: H221100001

NASCIMENTO  
04/10/1977

971

SECRETAR  
HOSPITAL

FRANCISCO MENESES DA SILVA

Aih Faturada

D.LIBERA: 10/05/2018

DT. LAUDO : 08/05/2018

PROCED. : 0408030275

OP.SIST: J. SANTOS

CID : S221

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÁS NÍVEL

40240

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA

DATA NA

RAÇA/COR: PRETA

ETNIA DA

NOME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA

RESPONSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO

ENDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA

MUNICÍPIO: BARRAS

UF: PI

FONE: 94917452

FONE:

N.º: 130

CEP: 64100000

## INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

COD. PROCEDIMENTO  
0303040114

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

COD. PROCEDIMENTO  
0408030275

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÁS NÍVELS

CID SECUNDARIO

CID PRINCIPAL

FRATURA DE VERTEBRA TORACICA

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

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO  
null

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO  
null

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO  
null

QTD

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, TRÁS NÍVELS.  
SOLICITO MUDANÇA PARA O PROCEDIMENTO REALIZADO.DEPARTAMENTO DE SINIS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 ABO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 465 Loja 1

Nº 64 000 000

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ABIMAE SOARES DA ROCHA NETO

DATA SOLICITAÇÃO

08/05/2018

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ○ CPF ○ 203833996230001

Ass. e Carimbo  
(Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

07/06/2018 S. M. M.

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

11111111

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE  
HOSPITAL GETULIO VARGAS**

CNES: **2726971**

OME DO PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA PRONT.: 0000362079 ATEND.: 0000640240  
NS: 708802781695710 DATA NASCIMENTO: 04/10/1977 SEXO: Masculino  
AÇA/COR: PRETA ETNIA DO PACIENTE: CPF: 75512530330  
OME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA FONE: 94917452  
ESPONSAVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO FONE:  
NDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N.º: 130  
UNICÍPIO: BARRAS UF: PI CEP: 64100000

**INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO** ☐ **MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

|                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| PROCEDIMENTO ANTERIOR        | COD. PROCEDIMENTO      |
| COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO | COD. PROCEDIMENTO null |
| CID PRINCIPAL                | CID SECUNDARIO         |
| CID DE PROCED null           |                        |

**PROCEDIMENTOS ESPECIAIS** ☒ **SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

| PROCEDIMENTO                                           | PROCEDIMENTO | QTD |
|--------------------------------------------------------|--------------|-----|
| PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                 | 0408030275   |     |
| ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS     |              |     |
| PROCEDIMENTO ESPECIAL                                  | 0802010199   |     |
| DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR                          |              |     |
| PROCEDIMENTO ESPECIAL                                  | 0802010083   | 1   |
| DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II) |              |     |
| PROCEDIMENTO ESPECIAL                                  | 0807010056   | 1   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA               |              |     |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:**  
PACIENTE NECESSITA DE PERMANENCIA, DIARIA DE UTI E RESSONANCIA

DEPARTAMENTO DE  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
14 A GO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 11  
7 - Norte - CEP: 64000-000

**PROFISSIONAL RESPONSÁVEL**

**DATA SOLICITAÇÃO**

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Dr. Abimael Soares Coutinho  
CRM: 1988  
Ass. e Carimbo  
(Nº do registro do conselho)

**AUTORIZAÇÃO**

**CÓD. ÓRGÃO EMISSOR**

**DATA DA AUTORIZAÇÃO**

**DOCUMENTO**

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

Dr. Abimael Soares Coutinho  
CRM: 1988  
Ass. e Carimbo  
(Nº do registro do conselho)  
Marcos dos Santos  
MÉDICO AUDITOR  
CRM-PI: 1260 - Nº 126395128001





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

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MEENESES DA SILVA

PRONT.: 0000362079

ATEND.: 0000640240

CNS: 708802781695710

DATA NASCIMENTO: 04/10/1977

SEXO: Masculino

RACIA/COR: PRETA

ETNIA DO PACIENTE:

CPF: 75512530330

NOME DA MÃE: RAIMUNDA MEENESES DA SILVA

FONE: 94917452

RESPONSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO

FONE:

ENDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA

UF: PI

N.º: 130

MUNICÍPIO: BARRAS

CEP: 64100000

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

☐ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS

PROCEDIMENTO  
0408030275

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM  
COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

PROCEDIMENTO  
0302040013

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-  
FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

PROCEDIMENTO  
0302060022

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

DEPARTAMENTO DE SINIS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
- Norte CEP: 64100000

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE NECESSITA DE FISIOTERAPIAS

DATA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo  
MÉDICO RESPONSÁVEL  
RM-PA 1250



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52

<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052014541657900000009327221>

Número do documento: 20052014541657900000009327221

Num. 9804083 - Pág. 42



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

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MENESES DA SILVA PRONT.: 0000362079 ATEND.: 0000640240  
CNS: 708802781695710 DATA NASCIMENTO: 04/10/1977 SEXO: Masculino  
RAÇA/COR: PRETA ETNIA DO PACIENTE: CPF: 75512530330  
NOME DA MÃE: RAIMUNDA MENESES DA SILVA FONE: 94917452  
RESPONSÁVEL: RAIMUNDO ANTONIO DA SILVA FILHO FONE:  
ENDEREÇO: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N.º: 130  
MUNICÍPIO: BARRAS UF: PI CEP: 64100000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

| PROCEDIMENTO ANTERIOR        | COD. PROCEDIMENTO |
|------------------------------|-------------------|
| COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO | null              |
| CID PRINCIPAL                | CID SECUNDARIO    |
| CID REL. PROCED              | null              |

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

| PROCEDIMENTO                                                                             | QTD        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| PROCEDIMENTO PRINCIPAL<br>ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS             | 0408030275 |
| PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>SISTEMA PARA FIXAÇÃO TRANSVERSAL DE TITÂNIO                     | 0702050520 |
| PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>HASTE PARA ASSOCIAÇÃO COM PARAFUSOS DE TITÂNIO                  | 0702050334 |
| PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>DISPOSITIVO PEDICULAR PARA FIXAÇÃO DE HASTE (INCLUI BLOQUEADOR) | 0702050822 |

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:  
PACIENTE NECESSITA DE OPM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
Bairro - Nova América - Fortaleza - CE

DATA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

Ass. e Carimbo (No do registro do conselho)

04-06-2018  
Ass. e Carimbo (No do registro do conselho)  
RM-PI: 1200 / 0170263951-00001



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52

<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052014541657900000009327221>

Número do documento: 20052014541657900000009327221



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Muno LEITO: 310-2 PRONTUÁRIO 362079  
NOME: Francisco Menezes da Silva DATA NASC: 04/10/77  
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Anterior da espinha cervical via posterior Nº SALA 24  
CIRURGIÃO: Abimael Rocha CRM.PI: 986

AUXILIARES: 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR(A): Miguel CIRCULANTE: Silvia

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1. Resect. Hemil; 2. Ampliação do canal; 3. Tratamento de T4-T7; 4. Resect. Hemil; 5. Anterior de O8; 6. Ampliação do canal; 7. Hist.; 8. Resect. Hemil; 9. Ampliação do canal; 10. Hist.; 11. Resect. Hemil; 12. Ampliação do canal; 13. Hist.; 14. Resect. Hemil; 15. Ampliação do canal; 16. Hist.; 17. Resect. Hemil; 18. Ampliação do canal; 19. Hist.; 20. Resect. Hemil; 21. Ampliação do canal; 22. Hist.; 23. Resect. Hemil; 24. Ampliação do canal; 25. Hist.; 26. Resect. Hemil; 27. Ampliação do canal; 28. Hist.; 29. Resect. Hemil; 30. Ampliação do canal; 31. Hist.; 32. Resect. Hemil; 33. Ampliação do canal; 34. Hist.; 35. Resect. Hemil; 36. Ampliação do canal; 37. Hist.; 38. Resect. Hemil; 39. Ampliação do canal; 40. Hist.; 41. Resect. Hemil; 42. Ampliação do canal; 43. Hist.; 44. Resect. Hemil; 45. Ampliação do canal; 46. Hist.; 47. Resect. Hemil; 48. Ampliação do canal; 49. Hist.; 50. Resect. Hemil; 51. Ampliação do canal; 52. Hist.; 53. Resect. Hemil; 54. Ampliação do canal; 55. Hist.; 56. Resect. Hemil; 57. Ampliação do canal; 58. Hist.; 59. Resect. Hemil; 60. Ampliação do canal; 61. Hist.; 62. Resect. Hemil; 63. Ampliação do canal; 64. Hist.; 65. Resect. Hemil; 66. Ampliação do canal; 67. Hist.; 68. Resect. Hemil; 69. Ampliação do canal; 70. Hist.; 71. Resect. Hemil; 72. Ampliação do canal; 73. Hist.; 74. Resect. Hemil; 75. Ampliação do canal; 76. Hist.; 77. Resect. Hemil; 78. Ampliação do canal; 79. Hist.; 80. Resect. Hemil; 81. Ampliação do canal; 82. Hist.; 83. Resect. Hemil; 84. Ampliação do canal; 85. Hist.; 86. Resect. Hemil; 87. Ampliação do canal; 88. Hist.; 89. Resect. Hemil; 90. Ampliação do canal; 91. Hist.; 92. Resect. Hemil; 93. Ampliação do canal; 94. Hist.; 95. Resect. Hemil; 96. Ampliação do canal; 97. Hist.; 98. Resect. Hemil; 99. Ampliação do canal; 100. Hist.

SIMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: TPM forica

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: ( ) SIM ( ) NÃO ESTIMADA \_\_\_\_\_ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_

DATA 08 / 05 / 18 HORA \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

(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 KUBITSCHEK, 2041  
COMPLEXO JK - BLOCO B, SÃO PAULO/SP, CEP. 04543011  
FABRICANTE: ETHICON, LLC. RD. 183, KM 8.3 - INDUSTRIAL AREA  
WATO SAN LORENZO, 00754, PORTO RICO  
FARM. RESP. NANCY MESAS DO RIO - C.R.F. - SP Nº. 10965  
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

|                                          |
|------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS                |
| DPVAT                                    |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO                  |
| 14 AGO. 2018                             |
| GENTE SEGURADORA S.A.                    |
| Rua Coelho de Resende 465 Loja 1         |
| Corumbá - Mato Grosso do Sul - 79000-000 |

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

104539 TE

NTE-COREN

HORA

INSTRUMENTADORA-COREN

Miguel

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COMO ORIGINAL  
EM 13/05/20  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- 1) Realizar massagem ativa no duto
- 2) Deitar sobre o lado do duto
- 3) Manter roupa de cama retida, sem dobras e seca
- 4) Realizar hidratação da pele ex. dia
- 5) Realizar ativo de prevenção de mudança de decúbito não forçada
- 6) Deixar cicatrizes diárias da pele

Blampelo  
4034036

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

| Fatores Avaliados                 | 1ª Reavaliação   | 2ª Reavaliação | 3ª Reavaliação | 4ª Reavaliação | 5ª Reavaliação | 6ª Reavaliação                                                                             | 7ª Reavaliação | 8ª Reavaliação | 9ª Reavaliação | 10ª Reavaliação | 11ª Reavaliação |
|-----------------------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| DATA                              | 10/05            | 11/05          | 13/05          | 14/05          |                | DEPARTAMENTO DE SINUS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                                  |                |                |                |                 |                 |
| Inspecção da Pele                 | S                | S              | S              | S              |                | 1.º ABO. 2018                                                                              |                |                |                |                 |                 |
| Score de Braden                   | 17               | 17             | 17             | 17             |                |                                                                                            |                |                |                |                 |                 |
| Avaliação da Unidade de Lesão     | N                | N              | N              | NA             |                | GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 400 Loja 1<br>Bairro Novo Centro 64000-000 |                |                |                |                 |                 |
| Utilização de cobertura especial  | N                | N              | N              | NA             |                |                                                                                            |                |                |                |                 |                 |
| Mudança de decúbito               | S                | S              | S              | S              |                |                                                                                            |                |                |                |                 |                 |
| Utilização de superfície de apoio | N                | N              | N              | N              |                |                                                                                            |                |                |                |                 |                 |
| Surgimento de uma nova LP         | N                | N              | N              | N              |                |                                                                                            |                |                |                |                 |                 |
| Assinatura e Carimbo              | Nathalia Correia |                |                |                |                |                                                                                            |                |                |                |                 |                 |

| Fatores Avaliados                | 12ª Reavaliação | 13ª Reavaliação | 14ª Reavaliação | 15ª Reavaliação | 16ª Reavaliação | 17ª Reavaliação | 18ª Reavaliação | 19ª Reavaliação | 20ª Reavaliação | 21ª Reavaliação | 22ª Reavaliação |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| DATA                             |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Inspecção da Pele                |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Score de Braden                  |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Avaliação da Unidade de Lesão    |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Utilização de cobertura especial |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Mudança de                       |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |

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

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: Francisco Mendes da Silva Clínica: Uniao Enf./Leito: 310/02 DN: 04/10/77 Idade: 41  
Data de Admissão: 08/05/2017 Procedência: UTI

## 2. AVALIAÇÃO

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

2.1.2 Localização Anatômica:

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

2.1.4 Data: 08/05/2017

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

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

2.3.1 Localização Anatômica:

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

2.3.3 Data: 08/05/2017

2.4 Condições Nutricionais: (X) 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 CISCALHAMENTO | Problema              | Problema em Potencial    | Nenhum Problema        | —                        | 02        |
| TOTAL:                  |                       |                          |                        |                          | 17        |

## 3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN E ORIENTAÇÕES

## RISCO 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.

## 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.

## 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 SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1

Fone: (011) 64 00 00 00

## 4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DA LP

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

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

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

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

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

## 5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DA LP

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

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

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
EM 13/05/2018  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-9

HOSPITAL GETÚLIO VARGA  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 12/05/2020  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 0190654



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- 1) Realizar massagem rotativa no joelho
- 2) Manter rentes para do joelho
- 3) Manter roupa de cama retida, sem dobras e seca
- 4) Realizar hidratação da pele ex. dia
- 5) Realizar alívio de pressão de mudamos de decúbito não forçada
- 6) Observar escoriações diárias da pele

Exemplo  
4034036

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                              | 10/05             | 11/05          | 13/05          | 14/05          |                |                |                |                |                |                 |                 |
| Inspecção 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 especial  | N                 | N              | N              | NA             |                |                |                |                |                |                 |                 |
| Mudança de decúbito               | S                 | S              | S              | S              |                |                |                |                |                |                 |                 |
| Utilização de superfície de apoio | N                 | N              | N              | N              |                |                |                |                |                |                 |                 |
| Surgimento de uma nova LP         | N                 | N              | N              | N              |                |                |                |                |                |                 |                 |
| Assinatura e Carimbo              | Nathalia Carneiro |                |                |                |                |                |                |                |                |                 |                 |

| Fatores Avaliados                | 12º Reavaliação | 13º Reavaliação | 14º Reavaliação | 15º Reavaliação | 16º Reavaliação | 17º Reavaliação | 18º Reavaliação | 19º Reavaliação | 20º Reavaliação | 21º Reavaliação | 22º Reavaliação |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| DATA                             |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Inspecção da Pele                |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Score de Braden                  |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Avaliação da Umidade da Lesão    |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Utilização de cobertura especial |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| Assinatura e Carimbo             |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

AValiação e intervenções diárias para prevenção e acompanhamento de lesões por pressão - LP

1. IDENTIFICAÇÃO:  
Paciente: Edna Maria da Silva Clínica: Neuro Enx/Leto: 310/02 DN: 04/10/77 Idade: 43  
Data de Admissão: 08/05/2017 Procedência: UTS

2. AVALIAÇÃO

- 2.1. Admitido neste serviço com LP: ( ) SIM (X) 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 ESCALA DE BRADEN (X) SIM ( ) NÃO BAIXO
- 2.3 Surgimento de LP neste serviço: ( ) SIM (X) 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: (X) Satisfatória ( ) Não Satisfatória
- 2.5 Incontinência: ( ) Urinária ( ) Fecal ( ) Ausente
- 2.6 Avaliação da Dor: ( ) SIM ( ) NÃO

| 4. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN |                       |                          |                        |                          | PONTUAÇÃO |
|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------|
| DESCRIÇÃO                        | 1                     | 2                        | 3                      | 4                        |           |
| 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 CISCALHAMENTO          | Problema              | Problema em Potencial    | Nenhum Problema        | —                        | 02        |
| TOTAL:                           |                       |                          |                        |                          | 17        |

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN E ORIENTAÇÕES

3.2 RISCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)

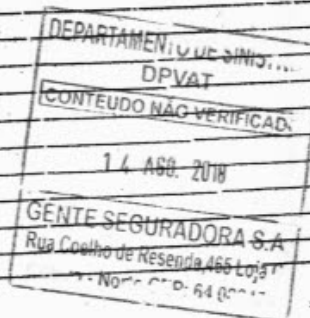
- Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilização e elevação da cabeceira a 30°.
- Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.
- Nutrição: Observar aceitação da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

3.3 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.

3.4 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.



4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DA LP

- 4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LP: (X) Sim ( ) Não
- 4.2 - Inspeção diária da pele: (X) Sim ( ) Não
- 4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: (X) Sim ( ) Não ( ) Contraindicado
- 4.4 - Utilização de superfície de apoio: ( ) Sim (X) Não Qual? ( ) Colchão de ar ( ) Coxins ( ) Almofadas ( ) Outras:
- 4.5 - Utilização de curativo profilático: ( ) Sim (X) Não Qual? ( ) Hidrocolóide ( ) Filme transparente ( ) Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DA LP

- 5.1 - Avaliação diária das LP existentes: ( ) Sim ( ) Não (X) Não se aplica
- 5.2 - Avaliação da umidade da lesão: ( ) Sim ( ) Não (X) Não se aplica
- 5.3 - Utilização de cobertura especial: ( ) Sim (X) Não Qual?

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE CÓPIA ORIGINAL  
EM Edna Maria da Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-9





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 SILVA FILHO |      |
| 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

Francineide da Costa  
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Abimael Soares Roêla Neto  
NEUROQUIRURGIÃO  
CRM: 1986  
Assinatura do Médico Responsável - CRM





**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**  
**REQUISICÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS**

| DADOS DO PACIENTE |                           |                                      |
|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Nome:             | Francisco Mendes da Silva |                                      |
| Prontuário:       | 36209                     | Nascimento: 07/10/1977 Estado Civil: |
| Cartão do SUS:    | 708802781695710           |                                      |

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

| REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL |                      |                                |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Nome:                             | Francineide da Costa |                                |
| Estado Civil:                     | casada               | Nascimento: 16/07/1978 RG/CPF: |
| Parentesco:                       | Esposa               | Residente em: Banos            |

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 antígenos), que possam ser detectados por exames de sangue, e que a janela imunológica varia de acordo com o tipo de infecção.

Fui também informado (a) de que as indicações básicas para transfusões são restaurar ou manter a capacidade de transporte de oxigênio, o volume sanguíneo e a 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: \_\_\_\_\_ Nº Conselho: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

At: 2352-0000/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 85-3221-3040





500 Cópias



Nome: Francisco Mendes da Silva D.N. 04/10/77 Prontuário 362079 Clínica Wuno

### 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



#### 2.0 Complicações respiratórias

- ( ) Laringoespasmo  
( ) Broncoespasmo  
( ) Hipóventilação (depressão respiratória)  
( ) Intubação Difícil  
( ) Ventilação Difícil  
( ) Edema Agudo de Pulmão  
( ) Atelectasia

#### 3.0 Complicações hemodinâmicas

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

#### 4.0 Complicações térmicas

- ( ) Hipotermia ( $<36^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Hipertermia ( $>37,8^{\circ}\text{C}$ )

#### 5.0 Complicações Gastrointestinais

- ( ) Náuseas ( ) Vômitos

#### 6.0 Complicações Urológicas

- ( ) Oligúria ( $<0,5\text{ml/Kg/h}$ ) ( ) 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 Anestesiologista



Av. Fel Serafim, 2352 - Centro  
CEP 64001-020  
221 3040

SAÚDE  
Secretaria de Saúde  
de Teresopolis

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

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

Qual(is): retirada de peleço.

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.

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

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

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Ednan Soares Coutinho de S. Filho

Assinatura (Paciente ou Responsável)

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A) / CARIMBO

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

| PERCEÇÃO 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        |                             |



Assinatura do Enfermeiro  
ENFERMEIRO  
C.R.N. - P. 11-329.650-15

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

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

Paciente: Francisco Mendes da Silva Clínica: ORT/11 DN: 04/10/97 Idade: 40  
Data de Admissão: 04/10/2018 Data de Admissão na Unidade: 04/10/2018 Procedência: C.C.

**2. AVALIAÇÃO**

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

2.3. Surgimento de LP neste serviço: ( ) SIM (X) 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: (X) Satisfatória ( ) Não Satisfatória

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

2.6. Avaliação da Dor: ( ) SIM (X) NÃO

DEPARTAMENTO DE SINUS ...  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.  
14 AGO, 2018

**3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN**

| DESCRIÇÃO               | 1                     | 2                        | 3                      | 4                        |                  |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------|
| PERCEPÇÃO SENSORIAL     | Totalmente Limitado   | Muito Limitado           | Levemente Limitado     | Nenhuma Limitação        |                  |
| UMIDADE                 | Completamente Molhado | Muito Molhado            | Ocasionalmente Molhado | Raramente Molhado        | 5                |
| ATIVIDADE               | Acamado               | Confinado à Cadeira      | Anda Ocasionalmente    | Anda Frequentemente      | 4                |
| MOBILIDADE              | Totalmente Imóvel     | Bastante Limitado        | Levemente Limitado     | Não apresenta Limitações | 1                |
| NUTRIÇÃO                | Muito Pobre           | Provavelmente Inadequada | Adequada               | Excelente                | 3                |
| FRICÇÃO E CISCALHAMENTO | Problema              | Problema em Potencial    | Nenhum Problema        |                          | 3                |
|                         |                       |                          |                        |                          | 2                |
|                         |                       |                          |                        |                          | <b>TOTAL: 16</b> |

**3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN**

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

Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilidade e elevação da cabeça 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.

**RISCO 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 LLPs**

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

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

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

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

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

**5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DAS LLPs**

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

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

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





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



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO

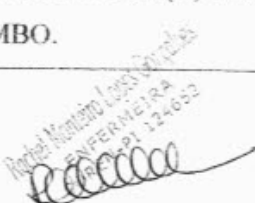
310-2

NOME: Francisco Menezes da Silva 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).                              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2  | Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  | Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  | Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).                              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5  | Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  | Verificar se há solicitação de raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  | Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor).                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  | Fazer o registro de enfermagem no prontuário.                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9  | Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário). | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                     |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO.                                         | ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO. |
|  |                                                                    |

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

v. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86 - 3221-3040





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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

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

(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Francisco Menezes de Silva DN: 1/1/

CÚNICA: Nervelândia DATA: 08/05/18 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"/> |
| 5  | Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  | Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  | Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  | Orientar a retirada de roupa íntima                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 <b>alergia</b> 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<br>CARIMBO <u>Nathalia Kelly de S. Andrade</u><br>Enfermeira<br>COREN-PI 324210 | ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE<br>ENFERMAGEM E CARIMBO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 66 - 3221-3940





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
FUNDAÇÃO ESTATAL PIAUIENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM



NOME: Francisco Mendes da Silva  
CLÍNICA: Neurologia ENF./LEITO: 310/2 DN: 04/10/77 IDADE: 41 DATA DE ADMISSÃO: 08/05/18  
DATA DE ADMISSÃO NA UNIDADE: 08/05/18 HORÁRIO: 18 PROCEDÊNCIA: UTI

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS\*

| Selecione 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<br>09/05 | DATA<br>10/05 | DATA<br>11/05 | DATA<br>12/05 | DATA<br>13/05 | DATA<br>14/05 | DATA<br>15/05 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| ( ) Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). 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 (Selecione apenas uma opção):<br>( ) 60 – 69 anos (1 ponto)<br>( ) 70 – 79 anos (2 pontos)<br>( ) 80 anos e mais (3 pontos)                                                                                                                                                                                 | 0  | - | - | - | - | - | - |
| Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável):<br>( ) Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)                                                                                                                                                                               | 0  | - | - | - | - | - | - |
| Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção):<br>( ) Incontinência (2 pontos)<br>( ) Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)<br>( ) Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)                                                                                          | 0  | - | - | - | - | - | - |
| Medicamentos (selecione apenas uma opção):<br>( ) Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)<br>( ) Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)<br>( ) Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)                                                             | 5  | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (Selecione apenas uma opção):<br>( ) Um equipamento (1 ponto)<br>( ) Dois equipamentos (2 pontos)<br>( ) Três ou mais equipamentos (3 pontos)       | 1  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Mobilidade: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos):<br>( ) Marcha instável (2 pontos)<br>( ) Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)<br>( ) Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)            | 2  | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos):<br>( ) Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)<br>( ) Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)<br>( ) Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos) | 0  | - | - | - | - | - | - |
| Somatória dos pontos:<br>Baixo risco: escore de 0-5 pontos<br>Risco Moderado: escore de 6-13 pontos<br>Alto Risco: escore > 13 pontos                                                                                                                                                                             | 08 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |



- HGV





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

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:**

Poi-gi artatane de eolun feneu,  
neaxsitor de neax-bde.

| Data        | Assinatura                     |
|-------------|--------------------------------|
| 24 10/11 18 | X Raimundo Antonio da Silva FH |
| 25 10/11 18 | X Raimundo Antonio da Silva FH |
| 26 10/11 18 | X Raimundo Antonio da Silva FH |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |
| / /         |                                |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO.  
14 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 11  
FONE - 0800 709 640

D<sup>r.</sup> Abimael Soares Rocha Neto

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dr. Abimeel Soares Rocha Neto  
NEUROCIRURGIAO  
CRM: 1986

Ass. Médico Solicitante

Auditor



# FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO



DN: 04/10/1977

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Origem:</b><br><input checked="" type="radio"/> Clínica:<br><input type="radio"/> UTI<br><input type="radio"/> Centro Cirúrgico<br><input type="radio"/> Outro: | <b>Destino:</b><br><input checked="" type="radio"/> Clínica: Neurologia<br><input type="radio"/> UTI<br><input type="radio"/> Centro Cirúrgico<br><input type="radio"/> Outro: | <b>Acompanhamento no transporte:</b><br><input type="radio"/> Médico<br><input type="radio"/> Enfermeiro(a)<br><input type="radio"/> Fisioterapeuta<br><input checked="" type="radio"/> Técnico de Enfermagem<br><input type="radio"/> Outro: maqueiro |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**REGISTRO MÉDICO**

Diagnóstico:

Comorbidade:

Estado de consciência: ☒ ORIENTADO ☐ CONFUSO ☐ SONOLENTO ☐ SEDADO

Procedimento realizado: ☐ SIM ☒ NAO

Infecção: ☒ NAO ☐ SIM Foco: ATB:

**REGISTRO ENFERMAGEM**

Acesso venoso: ☐ NAO ☒ PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ HEMODIÁLISE ☐ OUTROS

Última medicação para dor: DROGA: HORA: ☐ NA

Infusão: ☐ NAO ☐ ALTA VIGILÂNCIA ☐ SEDAÇÃO ☐ DROGA VASOATIVAS ☐ OUTROS

Sinais Vitais: PA: 86mmHg VELOCIDADE DE INFUSÃO: mmHg FR: 18 rpm FC: 76 bpm SpO2: 97% ☒ NÃO VERIFICADO

Dreno/ Sondas: ☐ NAO ☐ SIM

Curativos: ☐ NAO ☒ SIM

Termos de consentimento: ☐ NAO ☐ SIM ☐ NA

Dispositivos Implantados: ☐ NAO ☐ MARCAPASSO ☐ DVE/ PIC ☐ OUTROS

Equipamentos encaminhados: ☐ NAO ☐ SIM

Modo de transporte: ☒ MACA ☐ CADEIRA ☐ CAMA

Precauções/ Isolamento: ☐ PADRÃO ☐ CONTATO ☐ RESPIRATÓRIO

Risco de queda: ☒ BAIXO ☐ MODERADO ☐ ALTO

Alergia: ☒ NAO ☐ SIM

Alimentação: ☐ ZERO ☒ SIM VO

Escala de Braden: 16 LPP: ☒ NAO ☐ SIM



**REGISTRO DE FISIOTERAPIA**

Suporte Ventilatório: ☐ TOT ☐ TQT ☐ CATETER\_NASAL

OBSERVAÇÕES: I/min MÁSCARA DE VENTURI % ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

Profissionais que encaminharam:

*Assinatura*

Recebo paciente e confirmo informações:





## 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

NEUROLÓGICO:

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

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 (MID)

EXAMES REALIZADOS:



DE ROTINA

DIAGNÓSTICO CINESIOTFUNCIONAL:

CONDUTA:

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA

Teresina (PI), 08/05/2018

*Ednan Soares Coutinho*  
Aldelany de Oliveira Lianha

FISIOTERAPEUTA  
CPF: 784791

Fisioterapeuta



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HOSPITAL GETULIO VARGAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: SONIA MARIA DE ARAUJO  
CAMPELO

Em 09/05/2018 09:14

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 ÍNTEGRA, HIDRATADA E NORMOCORADA. FO COM CURATIVO OCLUSIVO EM REGIÃO DORSAL.  
MUSCULOESQUELÉTICO: PLEGIA NO MID. SENSIBILIDADE TORÁCICA NORMAL A PARTIR DO APÊNDICE XIFÓIDE.  
CATETERES: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM VEIA BÁSILICA DIREITA PERVIO.

EM PLANEJAMENTO DE ALTA DA UTI  
SEGUE CUIDADOS INTENSIVOS

SONIA MARIA DE ARAUJO CAMPELO  
COREN 63227



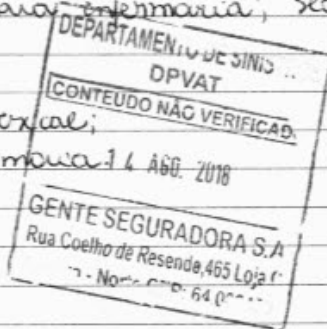
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

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 Antecedente terapêutica - Paciente admitido procedente do CC em P.O.I.                                                    |  |
|       | # 40 anos                                                                                                                           |  |
|       | # Plúvia mto                                                                                                                        |  |
|       | S.N.C: GLASGOW: AO 4, RV 5, RM 6, TOTAL: 15 PUPILAS: ISOCÓRICAS                                                                     |  |
|       | Paciente segue consciente, orientado, eupríico, FOTORREAGENTES                                                                      |  |
|       | A.C.V: VARIAÇÃO DA P.A.: DROGA VASOATIVA: — PERF. CAPILAR: 22/5                                                                     |  |
|       | APAM: 78-96                                                                                                                         |  |
|       | P=76 ESPONTANEA                                                                                                                     |  |
|       | A. RESP.: PADRÃO RESPIRAT.: AFR=16-20 V.M.: —                                                                                       |  |
|       | SAT. O2 Δ=96-100% AUSCULTA: MV@, RM RA.                                                                                             |  |
|       | A. DIGEST.: DIETA: Dieta VO, livre admitida, FEZES: sem episódios nas últimas 12h; com boa evacuação                                |  |
|       | RENAL-METABÓLICO: DIURESE: 1600 ml BAL. HÍDRICO: - 451 ml ESCÓRIAS: /12h /12h                                                       |  |
|       | HEMAT. INFECCIOSO: FEBRE: Ausente LEUCO: BT: SEG.:                                                                                  |  |
|       | ΔTAX=36-37,4 °C                                                                                                                     |  |
|       | CONCLUSÃO: - foi avaliado hoje pela manhã pelo neurocirurgião - condições de vida para internação; segue hemodinamicamente estável; |  |
|       | CONDUTA: Reforçar ventilação; alta p/ enfermagem 14 AGO. 2018                                                                       |  |
|       | # Medicamentos: D2/ Cefazolina                                                                                                      |  |
|       | Int. Marcela                                                                                                                        |  |





EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS UTI'S

|                                     |           |                   |                                                     |                                  |                       |
|-------------------------------------|-----------|-------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| DATA:<br>08/05/2018                 | UTI:<br>2 | LEITO:<br>UTI2L11 | PRONTUÁRIO:<br>0000362079                           | CÓD. ATENDIMENTO:<br>0000640240  | PESO_PREDITO:<br>52,8 |
| NOME:<br>FRANCISCO MENESES DA SILVA |           |                   | DATA DO NASC.:<br>04/10/1977                        | IDADE:<br>40 Anos 7 Meses 4 Dias |                       |
| DIA/UTI:<br>1                       |           | TURNO:<br>TARDE   | DIAGNÓSTICO:<br>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 checked="" type="checkbox"/> NORMAL                                     | <input type="checkbox"/> PARESIA                                               |
| <input type="checkbox"/> MMSS: <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E | <input type="checkbox"/> MMII: <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E |
| <input checked="" type="checkbox"/> PLEGIA                                     | <input type="checkbox"/> MMSS: <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E |
| <input type="checkbox"/> MMII: <input type="radio"/> D <input 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:                                                                          |
| Ascluta Pulmonar:                                                              | MV+ SEM RA                                                                     |
| Oxigênioterapia:                                                               | <input type="checkbox"/> CATETER                                               |
| <input type="checkbox"/> VENTURI                                               | <input type="checkbox"/> MACRO                                                 |
| <input type="checkbox"/> VNI                                                   | APORTE:                                                                        |
| L/min                                                                          | SPO2                                                                           |
| SECREÇÃO:                                                                      | <input type="checkbox"/> -/4                                                   |
| <input type="checkbox"/> +/4                                                   | <input type="checkbox"/> ++/4                                                  |
| <input type="checkbox"/> +++/4                                                 | ASPECTO:                                                                       |
| VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:                                                       | <input type="checkbox"/> BIPAP: IPAP:                                          |
| cmH2O.                                                                         | EPAP:                                                                          |
| cmH2O.                                                                         | <input type="checkbox"/> CPAP: PEEP:                                           |
| cmH2O                                                                          |                                                                                |
| VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:                                                  |                                                                                |
| Via aérea Artificial:                                                          | <input type="checkbox"/> TOT: Nº:                                              |
| <input type="checkbox"/> TQT: Nº:                                              | PRESSAO 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/FIO2   | Pimax. | C.Dinam     | C.Estat                | P.O. 0,1 |      |
|                                                                                                                                |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |
| GASOMETRIA ARTERIAL                                                                                                            |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |
| HORA                                                                                                                           | PH       | PaCO2    | E.B.     | HCO3     | Diff(A-a)O2 | SgO2   | FIO2/coleta | DISTÚRBIO ÁCIDO - BASE |          |      |
|                                                                                                                                |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |
| CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA: <input checked="" type="radio"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA <input type="radio"/> FISIOTERAPIA MOTORA |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |

OBSERVAÇÃO:  
PACIENTE ESTÁVEL

DEPARTAMENTO DE JINIS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO.  
14 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
M. N. N. P. 64 00000

Idelany de Oliveira Santos  
FISIOTERAPEUTA  
CARIMBO/ASSINATURA



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS UTI'S

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |
| <input checked="" type="radio"/> CONSCIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="radio"/> ORIENTADO <input type="radio"/> DESORIENTADO <input type="radio"/> SONOLENTO <input type="radio"/> TORPOROSO <input type="radio"/> COMATOSO |
| GLASCOW: AO: 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 type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="checkbox"/> MMII: <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E                                                                  |                                                                                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> PLEGIA <input type="checkbox"/> MMSS: <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="checkbox"/> MMII: <input type="radio"/> D <input 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:                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |
| Asculat Pulmonar: MV+ SEM RA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                   |
| Oxigênioterapia: <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> VENTURI <input type="checkbox"/> MACRO <input type="checkbox"/> VNI APOORTE: L/min SPO2 97%                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                   |
| SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> -/4 <input type="checkbox"/> +/4 <input type="checkbox"/> ++/4 <input type="checkbox"/> +++/4 ASPECTO:                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                   |
| VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: <input type="checkbox"/> BIPAP: IPAP: cmH2O. EPAP: cmH2O. <input type="checkbox"/> CPAP: PEEP: 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                                                                                                           |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-------------|--------|-------------|------------------------|----------|------|
| 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/FIO2   | PImax. | C.Dinam     | C.Estát                | P.O. 0.1 |      |
|                                                                                                                                   |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |
| GASOMETRIA ARTERIAL                                                                                                               |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |
| HORA                                                                                                                              | PH       | PaCO2    | E.B.     | HCO3     | Diff(A-a)O2 | SgO2   | FIO2/coleta | DISTÚRPIO ÁCIDO - BASE |          |      |
|                                                                                                                                   |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |
| CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA: <input checked="" type="radio"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA... <input type="radio"/> FISIOTERAPIA MOTORA |          |          |          |          |             |        |             |                        |          |      |

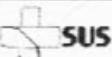
OBSERVAÇÃO:  
PACIENTE ESTÁVEL

DEPARTAMENTO  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO.  
14 AÇO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 6  
7 - Nº 640-640-640-640

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52  
https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052014541657900000009327221  
Número do documento: 20052014541657900000009327221

30-02

UTI-II  
14:00Nemo  
080518SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

|                                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
|  <b>Sistema Único de Saúde</b>                                                                              |  | <b>Ministério da Saúde</b>                              |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> |  |                               |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                                                                             |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                                                      |  |                                                         |  | 2 - CNES                                                                              |  |                               |  |
| HOSPITAL GETÚLIO VARGAS                                                                                                                                                                      |  |                                                         |  | 2726971                                                                               |  |                               |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                                                                                                       |  |                                                         |  | 4 - CNES                                                                              |  |                               |  |
| HOSPITAL GETÚLIO VARGAS                                                                                                                                                                      |  |                                                         |  | 2726971                                                                               |  |                               |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                                                                             |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                         |  |                                                         |  | 8 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                  |  |                               |  |
| Francisco Meneses da Silva                                                                                                                                                                   |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                                                           |  |                                                         |  | 9 - SEXO                                                                              |  |                               |  |
| 708802181695710                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  | Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3           |  |                               |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                                                                                                                              |  |                                                         |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                                              |  |                               |  |
| Rainilda meneses da Silva                                                                                                                                                                    |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 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)                                                                                                                                    |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
|                                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                                                               |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 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 |  |
|                                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                                                                                                                                          |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 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                                                    |  | 31 - QTOE                     |  |
|                                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                      |  |                                                         |  | 33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                    |  | 34 - QTOE                     |  |
|                                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                      |  |                                                         |  | 36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                    |  | 37 - QTOE                     |  |
|                                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                                                                                                                                                            |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| SEM sintomas atuais<br>estoma fechado.<br>Sobr. UCI                                                                                                                                          |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| DEPARTAMENTO DE SINUS...<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>14 AGO. 2018<br>GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1<br>- N.º 000.640...                               |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                                                                        |  |                                                         |  | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                              |  |                               |  |
| Adriano R. Rocha                                                                                                                                                                             |  |                                                         |  | 08/05/18                                                                              |  |                               |  |
| 41 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                               |  | 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |  | 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                |  |                               |  |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                                                                                                                              |  | 5397101711                                              |  | Dr. Adriano Soares Rocha Neto<br>NEUROCIRURGIÃO<br>CRM - 1986                         |  |                               |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                           |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                        |  |                                                         |  | 45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR                                                               |  |                               |  |
|                                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |
| 47 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                               |  | 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |  | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                |  |                               |  |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                                                                                                                              |  |                                                         |  |                                                                                       |  |                               |  |

5 - HGV



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Francisco Mentzer da Silva 310102

DA CLÍNICA: NEUROLÓGICA

À CLÍNICA: CARDIOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO CIRURGICO

CIRÚRGIA: TRM

ANESTESIA: GERAL



Dr. Abimael Soares Rocha Neto  
NEURCIRURGIÃO  
CRM: 1880

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: 25/04/18

PARECER:

Id = 400

Meg e Haslam  
sa gusira andicunscu

EG = 110 mm

Baife a 200 01

PROCEdimento HIRUDICURGY

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

ITAL GETÚLIO VARGAS





NOME : FRANCISCO MENESES DA SILVA  
MÉDICO : ABIMAEI SOARES DA ROCHA NETO  
NÚMERO : 659952 DATA : 27/04/2018  
FATURA: 4654061



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

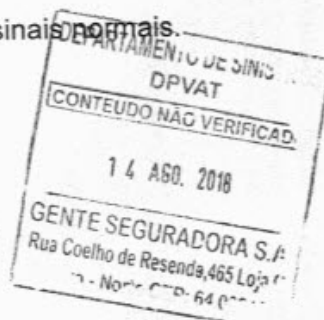
### RELATÓRIO

#### 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 pósterio-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 osteofitárias 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 internos de sinais normais.
- 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 pósterio-inferior para o interior do canal vertebral, que comprime a face ventral da medula espinhal, determinando mielopatia de T5 a T6.

om.br  
/15

Sarlene Coelho Ribeiro  
CRM 164372

Evaldo Teixeira Nunes  
CRM 2195

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

| HISTÓRICO DE ENFERMAGEM                                                                                   |      |     |         | DATA: 24/04/18 HORA: _____                   |      |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|---------|----------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>                                                                                  |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Nome: <u>Francisco Mendes da Silva</u>                                                                    |      |     |         | Data de Nascimento: <u>04/10/1977</u>        |      |                                                                       |
| Cidade de origem: <u>Bomfim - PI</u>                                                                      |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| <b>II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL</b>                                                          |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Religião/Crença: _____                                                                                    |      |     |         | 2 ITÊNS POSITIVOS:<br>ACIONAR SERVIÇO SOCIAL |      |                                                                       |
| Profissão: <u>Professor</u>                                                                               |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio (X) Superior                         |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Barreira na comunicação: ( ) Não ( ) Sim                                                                  |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Qual: _____                                                                                               |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Apresenta déficit: ( ) Não (X) Sim - Tipo: ( ) Visual ( ) Auditivo (X) Motor                              |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| ( ) Outros: _____                                                                                         |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Transtorno mental: ( ) Não ( ) Sim                                                                        |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Qual: _____                                                                                               |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| <b>III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)</b>                         |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| (X) Não possui ( ) Hipertensão Arterial ( ) Dislipidemia ( ) Diabetes melitus ( ) Cardiopatias ( ) Câncer |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| ( ) Tabagismo (X) Etílico ( ) Usuário de drogas ilícitas ( ) Outra Qual: _____                            |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Alergia ( ) Sim (X) Não Qual: _____                                                                       |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Faz uso de medicamentos? ( ) Não ( ) Sim                                                                  |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| NOME                                                                                                      | DOSE | VIA | HORÁRIO | NOME                                         | DOSE | HORÁRIO                                                               |
|                                                                                                           |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
|                                                                                                           |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
|                                                                                                           |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
|                                                                                                           |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
|                                                                                                           |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
|                                                                                                           |      |     |         |                                              |      | ACIONAR FARMACEUTICO                                                  |
| Resultados de exames (vindo com o paciente): ( ) Não ( ) Sim Quais: _____                                 |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| <b>IV - EXAME FÍSICO</b>                                                                                  |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| <b>a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS</b>                                                                           |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____                                                             |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Dor: ( ) Não ( ) Sim, Localização: _____                                                                  |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Características: _____                                                                                    |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| <b>b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</b>                                                                            |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| (X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Sonolento ( ) Sedado ( ) Torporoso         |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| ESCALA DE COMA GLASGOW: <u>15</u>                                                                         |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| <b>c) ASPECTO EMOCIONAL:</b> (X) Calmo ( ) Tenso ( ) Agitado ( ) Apático ( ) Eufórico                     |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| ( ) Agressivo ( ) Triste ( ) Outra alteração Qual: _____                                                  |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| <b>d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS</b>                                                             |      |     |         |                                              |      | 2 ITÊNS POSITIVOS<br>ACIONAR A NUTRICIONISTA<br>(Atenção nutricional) |
| Perda de peso nos últimos 3 meses: ( ) Não ( ) Sim, Peso perdido: _____ (Kg)                              |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| Histórico de: ( ) Sonda ( ) Gastrostomia ( ) Nefropatia Obesidade mórbida III (IMC>50Kg/m2)               |      |     |         |                                              |      |                                                                       |
| ( ) Não se aplica                                                                                         |      |     |         |                                              |      |                                                                       |

DEPARTAMENTO DE SINUS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
M. N. 11-10-84000000



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>e) CABEÇA</b></p> <p>Couro Cabeludo: ( ) Sem anormalidades ( ) Ferimento ( ) Hematoma Alterações: _____</p> <p>Face: ( ) Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Ferimento ( ) Hematomas</p> <p>Nariz: ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Sem anormalidades ( ) Secreção ( ) Lesão ( ) Epistaxe</p> <p>Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reativas ( ) Areflexivas ( ) Mioticas ( ) Midríaticas<br/>( ) Puntiformes ( ) Médias</p> <p>Olhos: ( ) Normais ( ) Hemorragia ( ) Ictericia de esclerótica ( ) Baixa acuidade visual ( ) Lentes corretivas<br/>( ) Processo inflamatório/infeccioso</p> <p>Ouvidos: ( ) Normais ( ) Otorragia ( ) Lesão Outros: _____</p> <p>Boca: ( ) Sem anormalidades ( ) Cáries ( ) Falhas dentárias ( ) Prótese ( ) Lesão</p> |                                                                                                                                                                        |  |
| <p><b>f) SISTEMA RESPIRATÓRIO</b></p> <p>Padrão: ( ) Eupnéico ( ) Bradipnéico ( ) Taquipnéico ( ) Dispnéico<br/>( ) Tiragem intercostal ( ) Traqueostomizado ( ) TOT ( ) VM<br/>( ) Macronebulização ( ) O2 sob cateter nasal ( ) O2 venturi</p> <p>Ausculta: Murmúrio vesicular ( ) Presente ( ) Diminuído ( ) Ausente</p> <p>Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores ( ) Tossa</p> <p>Tipo: _____</p> <p>Alterações: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>ACIONAR O FISIOTERPEUTA QUANDO O PACIENTE APRESENTAR TIRAGEM INTERCOSTAL</p>                                                                                        |  |
| <p><b>g) SISTEMA CARDIOVASCULAR</b></p> <p>Perfusão Periférica: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Cianose Outros: _____</p> <p>Ausculta cardíaca: ( ) Normal ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia Ritmo: ( ) Regular ( ) Irregular</p> <p>Acesso Venoso: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____</p> <p>Faz uso de marcapasso: ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>DEPARTAMENTO DE SINUS<br/>DPVAT<br/>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/>14 AGO. 2018<br/>GENTE SEGURADORA S.A.<br/>Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1<br/>Bairro: P. 640</p> |  |
| <p><b>h) SISTEMA GASTROINTESTINAL</b></p> <p>Abdomen: ( ) Flácido ( ) Tense ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Escavado ( ) Distendido</p> <p>( ) Timpânico ( ) Doloroso</p> <p>Ruidos Hidroaéreos: ( ) Ausente ( ) Presente, tipo: ( ) Hiperativos ( ) Hipocativos</p> <p>Estomias: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____</p> <p>Tipo de Dieta: ( ) Enteral ( ) Parenteral Vias: ( ) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) Jejunostomia ( ) Gastrostomia</p> <p>Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente</p> <p>Eliminação Intestinal: ( ) Normal ( ) Constipação ( ) Diarreia ( ) Melena ( ) Enterorragia ( ) Obstipação</p>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |  |
| <p><b>i) MÚSCULO ESQUELÉTICO</b></p> <p>Deambulação: ( ) Sem auxílio ( ) Com auxílio. Qual dispositivo? ( ) Muleta ( ) Andador</p> <p>Utiliza prótese/órtese? ( ) Não ( ) Sim Tipo: _____</p> <p>Sensibilidade: ( ) Não ( ) Sim Tipo: ( ) Parestesia Qual lateralidade? _____</p> <p>Déficit motor: ( ) Não ( ) Sim Tipo: ( ) Hemiplegia ( ) Hemiparesia ( ) Direito<br/>( ) Esquerdo ( ) Tetraplegia ( ) Paraplegia</p> <p>Tonicidade: ( ) Rígido ( ) Flácido ( ) Direto ( ) Esquerdo</p> <p>Imobilização: ( ) Não ( ) Sim Lateralidade? _____</p> <p>Movimenta os quatro membros: ( ) Sim ( ) Não Risco de queda: ( ) Sim ( ) Não</p>                                                                                                                           | <p>ACIONAR O FISIOTERPEUTA QUANDO O PACIENTE APRESENTAR PARESIA E/OU HEMIPARESIA</p>                                                                                   |  |
| <p><b>j) SISTEMA TEGUMENTAR</b></p> <p>Pele: ( ) Inteira ( ) Desnuda ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictericia ( ) Edema</p> <p>( ) Lesionada Local: _____ Escala de Braden: _____ Risco de pele</p> <p>Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Classificação: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) Inclassificável ( )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                        |  |
| <p><b>k) APARELHO GENITOURINÁRIO</b></p> <p>Urinar: ( ) Espontânea ( ) Incontinência ( ) Retenção Urinária ( ) Fralda</p> <p>Dispositivo Urinário: ( ) Não ( ) Sim Tipo: ( ) Sonda de alívio ( ) Sonda de Foley ( ) Cistostomia</p> <p>Alterações: ( ) Ardência ( ) Leucorréia ( ) Prurido ( ) Disúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Anúria ( ) Hematuria</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |  |
| <p><b>l) PADRÃO DE SONO:</b> ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Insônia ( ) Uso de sedativo-calmanantes: ( ) Não ( ) Sim</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                        |  |





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

DATA 08.05.18  
PRONT. 362079

PACIENTE Francisco Mendes da Silva IDADE 40 DATA 1  
PROCEDIMENTO Abertura da Fibra  
PRESSÃO ARTERIAL 120/80 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36,5 PESO 70 ALTURA 1,70 OUTROS  
HEMOGLOBINA 14 HEMATÓCRITO 42 GLICEMIA 100 UREIA 10 CREATININA 0,8



SEQ

Técnica Anestésica: CO<sub>2</sub>  
Observações: NTW

INÍCIO 10:00 FIM 10:30  
CORREÇÃO

☒ ECG ☐ PVC ☒ O<sub>2</sub> ☐  
☐ PAM ☒ PANI ☐ Capnógrafo ☐

| GASES          | l / min | Início | Fim | T |
|----------------|---------|--------|-----|---|
| O <sub>2</sub> |         |        |     |   |
| Ar Medicinal   |         |        |     |   |

| MEDICAMENTOS UTILIZADOS |           |      |  |
|-------------------------|-----------|------|--|
| Atropina                |           | Amp  |  |
| Adrenalina              |           | Amp  |  |
| Água dest. 10ml         |           | Amp  |  |
| Cipro 500mg             |           | Fras |  |
| Cefazolina 1g           | <u>02</u> | Amp  |  |
| Clonidina               |           | Amp  |  |
| Colóide ( )             |           | Fras |  |
| Dexametasona            |           | Amp  |  |
| Diazepam                |           | Amp  |  |
| Dimorf                  | <u>02</u> | Amp  |  |
| Dipirona                |           | Amp  |  |
| Dobutamina              |           | Amp  |  |
| Dopamina                |           | Amp  |  |
| Dormonid                |           | Amp  |  |
| Efortil                 |           | Amp  |  |
| Efedrina                |           | Amp  |  |
| Fentanil (al cons)      |           | Amp  |  |
| Fentanil (frasco)       | <u>01</u> | Fras |  |
| Sevoflurano             |           | MI   |  |
| Hidrocortisona          |           | Fras |  |
| Isoflurano              | <u>02</u> | MI   |  |
| Manitol                 |           | Fras |  |
| Metronidazol            |           | Fras |  |
| Narcan                  |           | Fras |  |
| Neostigmina             |           | Amp  |  |
| Nipride                 |           | Amp  |  |
| Norsadrenalina          |           | Amp  |  |
| Neocaina 0,5% Presado   |           | Amp  |  |
| Neocaina 0,5% Isotlar   |           | Amp  |  |
| Omeprazol               |           | Fras |  |
| Pancurônio              |           | Amp  |  |
| Profenid                |           | Amp  |  |
| Propofol                | <u>01</u> | Fras |  |
| Protamina               |           | Fras |  |
| Quelicin                |           | Amp  |  |
| Quetamina               |           | Fras |  |
| Remifentanil            |           | Amp  |  |
| Renitidina              | <u>01</u> |      |  |
| Ringer-Lactado          | <u>02</u> |      |  |
| Sufentanil              |           |      |  |
| S. Fisiológ. 0,9%       |           |      |  |
| S. Glicosado 5%         | <u>02</u> |      |  |
| Tracrium                |           |      |  |
| Transamin               |           |      |  |
| Novabupi 0,5 v          |           |      |  |
| Lidocaina 2% v          |           |      |  |

10D. 90 - HGV

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52  
https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005201454165790000009327221  
Número do documento: 2005201454165790000009327221

# RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

|                                                  |                                   |            |     |     |     |                   |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|-----|-----|-----|-------------------|
| PACIENTE: <u>Fernandes da Silva</u>              |                                   | ALERGIA A: |     |     |     |                   |
| DATA: <u>08/05/18</u>                            | HORÁRIO DE ADMISSÃO: <u>13:05</u> |            |     |     |     |                   |
| CIRURGIA REALIZADA: <u>Artroscopia de joelho</u> |                                   |            |     |     |     |                   |
| TIPO DE ANESTESIA: <u>geral</u>                  |                                   |            |     |     |     |                   |
| SINAIS VITAIS                                    | ADMISSÃO                          | 15'        | 30' | 45' | 60' | SAÍDA             |
| P.A.                                             | <u>125/95 (64)</u>                |            |     |     |     | <u>saída S.O.</u> |
| F.C./PULSO                                       | <u>80</u>                         |            |     |     |     | <u>78</u>         |
| TEMPERATURA                                      |                                   |            |     |     |     |                   |
| OXIMETRIA                                        | <u>98%</u>                        |            |     |     |     | <u>98%</u>        |

## EXAME FÍSICO

|                                                                                                                               |          |     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO                                                                                         | ADMISSÃO | 30' | SAÍDA                    | ESCALA DA ESCORE DA DOR                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| CONSCIÊNCIA<br>Completamente acordado = 2<br>Desperta ao chamado = 1<br>Não responde ao chamado = 0                           | <u>1</u> |     | <u>2</u>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ATIVIDADE MOTORA<br>Move 4 extremidades = 2<br>Move 2 extremidades = 1<br>Não movimentada = 0                                 | <u>2</u> |     | <u>2</u><br>(muito ruim) | CONTROLES                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| RESPIRAÇÃO<br>Profunda ou tosse livremente = 2<br>Limitada, dispnéia = 0<br>Apnéia = 1                                        | <u>2</u> |     | <u>2</u>                 | OXIGENOTERAPIA ( )<br>PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ( )<br>SONDA NASOGÁSTRICA ( )<br>SONDA NASOENTRAL ( )<br>SONDA VESICAL DE DEMORA ( )<br>DRENO DE KHER ( )<br>DRENO PENROSE ( )<br>DRENO TORAX ( )<br>DRENO SUÇÃO ( )<br>DRENO LAMINAR ( )<br>CLOSTOMIA ( )<br>GASTROSTOMIA ( )<br>TRAQUEOSTOMIA ( ) |
| CIRCULAÇÃO (PA)<br>20% do nível pré-anestésico = 2<br>20 - 49% do nível pré-anestésico = 1<br>50% do nível pré-anestésico = 0 | <u>2</u> |     | <u>2</u>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| SpO2<br>Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente = 2<br>Mantém SpO2 > 90% em O2 = 1<br>Mantém SpO2 < 90% em O2 = 0                    | <u>2</u> |     | <u>2</u>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TOTAL DE PONTOS<br>APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS                                                                                 |          |     | <u>9</u>                 | RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM: <u>Famulo</u>                                                                                                                                                                                                                                                        |

AValiação de enfermagem: K: 100 Encaminhado à UTI-2 por artroscopia de joelho torácica via portocavidade anestésica geral. Condição orientado, físico, um pouco em O2 sob a 3h. A.V. em 100% por S.O.

15:45 Seo que paciente aguarda

instalação na S.O.P., encaminha para outro procedimento.

|                |                       |        |                    |                     |                        |
|----------------|-----------------------|--------|--------------------|---------------------|------------------------|
| Entregue:      | ( ) EX. LABORATORIAIS | ( ) RX | ( ) RECEITA MÉDICA | ( ) ATESTADO MÉDICO | ( ) F. NÃO PADRONIZADO |
| Encaminhado a: | ( ) UTI               | ( ) RX | ( ) ENFERMARIA     | ( ) EXTERNO         |                        |

Dr. Hugo H. Carvalho  
Médico Anestesiologista - CRM  
CRM-PA 3907

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
INFERE COM O ORIGINAL  
Mário Antônio da Silva  
MAT. 015065-0



**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**  
Método: Enzimático  
Valores de Referência:  
de 0,4 a 1,3 mg/dl

  
**JOSEFA NILZA FERNANDES NETA**  
1790

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
CONFERE COM O





**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**

**UREIA: .....: 53,00 mg/dl**

Método: Enzimático Valor de Referência: 10 a 20 mg/dl



  
**JOSEFA NILZA FERNANDES NETA**  
1790

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**





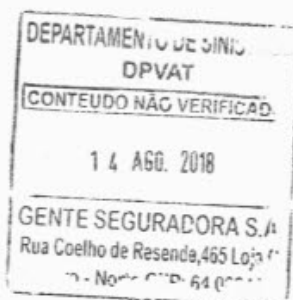
**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040  
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

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**

**UREIA: .....: 53,00 mg/dl**

Exatidão: boa Método: Enzimático Valor de Referência:  
10 a 30 mg/dl



  
**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 GETULIO VARGAS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52

<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052014541657900000009327221>

Número do documento: 20052014541657900000009327221



**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040  
TERESINA - PI CEP:64000000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

*Neuro*

**LAUDO MÉDICO**

**Dados do Atendimento:**

Paciente: **FRANCISCO MENESES DA SILVA**

Prontuário: **362079**

Atendimento **640240**

Dt. Nasc.: **04/10/1977**

Idade: **40a 6m 22d**

Sexo: **M**

**Dados da Solicitação:**

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**

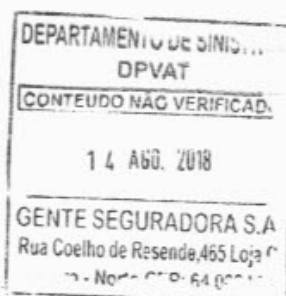
**RELATÓRIO:**

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  
CONFÉRM. COM ORIGINAL





**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

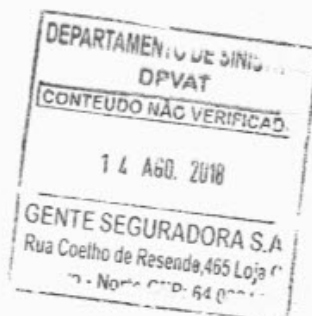
Material: Sangue

**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

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL

Sr (a) : FRANCISCO MENESES DA SILVA  
Idade : 40 anos ( 04/10/1977 ) Data da O.S. : 25/04/2018 - 12:19:07  
Dr (a) : ABIMAELO 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 s

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

Tempo.....: 14,0 s

Valor de referência obtido após determinação da Curva de Atividade

Protombinica\\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,<br>doença cardíaca valvular ou válvulas biológicas; |            |              |
| Embolismo sistêmico recorrente. Prótese 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 GETÚLIO VARGAS  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA



**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

Hemácias em milhões/ml.....: **4,77**  
Hemoglobina em g/dl.....: **15,50**  
Hematócrito em %.....: **47,00**  
Vol. Glob. Média em u3.....: **98,53**  
Hem. Glob. Média em uug.....: **32,49**  
C.H. Glob. Média em %.....: **32,98**  
**OBS:**

Valores  
Referencia  
4,3 - 5,7 3,2 -  
5,9  
13,5 - 18,0 31,5  
- 38,4  
40,0 - 54,0 36,0  
- 47,0  
36,0 - 46,0  
32,0 - 38,0  
32,0 - 36,0

### LEUCOGRAMA

Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: **5.770**  
Promielocitos.....: **0,00**  
Mielocitos.....: **0,00**  
Metamielocitos.....: **0,00**  
Bastões.....: **0,00**  
Segmentados.....: **63,00**  
Eosinófilos.....: **2,00**  
Basófilos.....: **0,00**  
Linfócitos.....: **25,00**  
Monócitos.....: **10,00**  
**OBS:**



0 - 1  
30 - 40  
2 - 10

Plaquetas.....: **232.000 mm/3**  
**OBS:**

140.000 mm/3 a  
450.000 mm/3

**JOSEFA NILZA FERNANDES NETA**  
1790

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
CONF. COM. ORIGINAL



Página(s): 1/2

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

## 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-514

Responsável Técnico

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS





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

Impr: 17/04/2018 14:44:56  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

### 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 |
| 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 |       |
| tipo da Procura: | DOR NO PEITO/TÓRAX |       |                     |            | Convênio:  | S U S |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|                                |                                                 |               |           |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|-----------|
| Data/Hora Solicitação:         | 17/04/18 16:30                                  | ESPECIALISTA: | FRANCISCO |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:         | DOR, dor no peito<br>ex. Murm.<br>sompru cruvel |               |           |
| Carimbo/Assinatura Solicitante |                                                 |               |           |

|                                                                               |            |        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--|
| DADOS DO PARECER:                                                             | Data/Hora: | 1/1/11 |  |
| TC coluna torácica - fratura tipo "C" T8 com<br>deformação costal / subcostal |            |        |  |
| O = Intensas<br>sólidos laminares                                             |            |        |  |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer                                              |            |        |  |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|                                  |                                                                                                                                             |                   |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| Data/Hora Solicitação:           | 1/1/11                                                                                                                                      | ESPECIALISTA:     |  |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:           | DEPARTAMENTO DE SINIS...<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.<br>14 AGO. 2018<br>GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 405 Loja 1 |                   |  |
| Carimbo/Assinatura Solicitante   |                                                                                                                                             |                   |  |
| DADOS DO PARECER:                | Data/Hora:                                                                                                                                  | 17/04/18 14:44:56 |  |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer |                                                                                                                                             |                   |  |



LAUDO MÉDICO

Atendente: FRANCISCO MENEZES DA SILVA (Profissional: 475938)  
 Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N. 30 - PICOZEIRO - BARRAS - PI CEP: 64100-000  
 Nascimento: 04/10/1977 Idade: 40a 6m 13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento:  
 Regulação: 630413 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1027278 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

CC: SIA: 0208010316

Data Exam

T.C. DE COLUNA TORACICA

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

- 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.
- HÍPERCOSTE DORSAL.

HERBERT GALENO PRADO MENDES

TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-9 CRM-PI: 241

Prof. Responsável pelo Exame





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
RUA DO COMENDADOR JOSE RIBEIRO, 465 - JARDIM  
TERESINA - PI 63011-79 - CEP: 63011-79 - FONE: 3311.0022-0

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO VENESES DA SILVA** (Prontuário: 470938)  
Endereço: **RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA N. 130** - PICOZEIRO - BARRAS - PI CEP: 64100-000  
Data de Nascimento: **04/10/1977** Idade: **40s 6m 13d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **50571**  
Requisição: **830476** Solicitação: **17/04/2018** Solicitante: **FABIO MATEOS DE SOUSA**  
Cidade: **TERESINA** Convênio: **SUS**

### RELATÓRIO

cd. SIA: 0206010028

### 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 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

TERESINA

TERESINA - PI 17/04/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-51 CRM-PI 0240

PROFISSIONAL EM RADIOLÓGIA



| NOME DO PACIENTE<br>FRANCISCO MENES DA SILVA                                                                                                                            |  | PRONTUÁRIO<br>362079 | DN/IDADE<br>04/10/1977 - 40 ANOS | SEXO<br>M                         | INTERNAÇÃO<br>24/2018 | ENFERM<br>310 | LEITO<br>02 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------|-------------|
| DIAGNÓSTICO ATUAL<br>ARTROSE TORACO-LOMBAR (P.O.)                                                                                                                       |  | DATA<br>14/05/2018   |                                  | MÉDICO ASSISTENTE<br>DR. ABIMAEEL |                       |               |             |
| COMORBIDADES, ALERGIAS, RISCO DE QUEDAS E RISCO DE LPI:                                                                                                                 |  |                      |                                  | Nº DO ATENDIMENTO<br>640.240      |                       |               |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                       |  | HORÁRIOS             |                                  | OBSERVAÇÕES                       |                       |               |             |
| 01 DIETA LIVRE                                                                                                                                                          |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 02 SF 0,9% 500ML 01 FRASCO EV 12/12 H                                                                                                                                   |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 03 CURATIVO F.O                                                                                                                                                         |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 04 RANTIDINAS 25MG/ML EV 12/12 H                                                                                                                                        |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 05 DIPIRONA 1G/2ML 2ML EV 6/6 H - DILUIR em 18ML AD. INFUNDIR LENTAMENTE                                                                                                |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 06 GLICEMIA CAPILAR e ACM                                                                                                                                               |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 07 FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA                                                                                                                                   |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 08 BROMOPRIDA 10MG/2ML 2ML EV 8/8 H - DILUIR 2ML em 10ML AD. INFUNDIR LENTAMENTE                                                                                        |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 09 HEPARINA 5000UI-0,25ML 1AMP SC 8/8 H - SOMENTE após RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS.                                                                               |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 10 DEXAMETASONA 4MG/5ML 1ML EV 1 X DIA                                                                                                                                  |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| 11 PA + TPR 6/6 H                                                                                                                                                       |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |
| <p>Dr. Abimael Soares Rocha Neto<br/>NEUROCIRURGIA<br/>CRM: 1998</p> <p>Alb. Keryll e Coutinho</p> <p>Dr. Abimael Soares Rocha Neto<br/>NEUROCIRURGIA<br/>CRM: 1998</p> |  |                      |                                  |                                   |                       |               |             |



MOD. 09-HGV

# SUMÁRIO DE ALTA

## HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Atendimento:  
**640240**

|                             |                          |                                |                     |                             |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| FRANCISCO MENESES 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: 04/10/2018        | Alta: 14/05/18 às        | Permanência: 30 dias           |                     |                             |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnósticos:           | Situação na Admissão:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| CID Principal: 5 2 2 0  | Ator 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 00 |
| CID Secundário: V 2 9 9 | Paciente em tratamento com medicação para controle da pressão arterial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| CID Causa Morte:        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

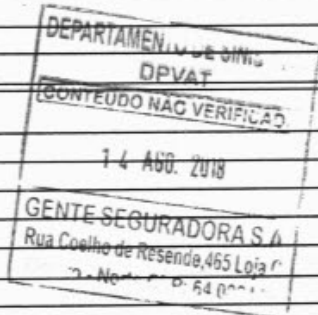
Evolução e Situação na Alta:

Ator 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 00

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: 08/05/18 Tipo: Artroscopia de coto de tornozelo e luxação

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:

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52

https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052014541657900000009327221

Número do documento: 20052014541657900000009327221

Dr. Abimael Soares Rocha Neto  
NEUROCIRURGIÃO  
CRM: 1926

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



NOME : FRANCISCO MENESES DA SILVA  
MÉDICO : ABIMAEI 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

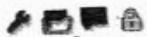
udi24horas.com.br  
4009.1715

Sariane Coelho Ribeiro  
CRM 164372

Evaldo Teixeira Nunes  
CRM 2195

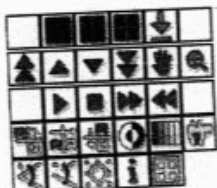
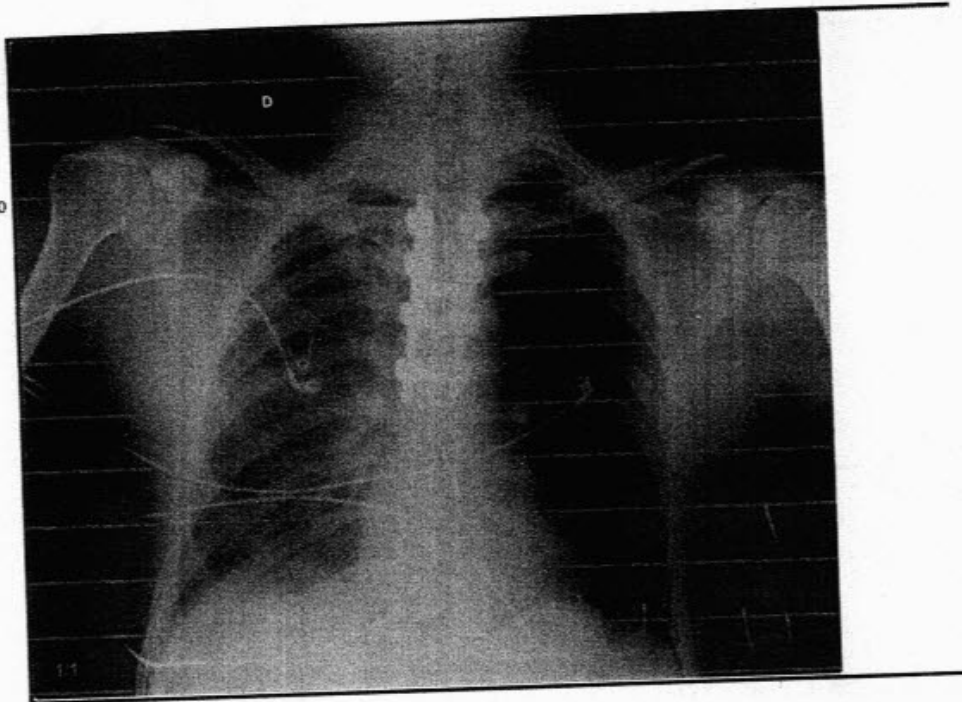


.:DigiWeb.:.



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

| Serie | Descrição |
|-------|-----------|
| 1001  |           |



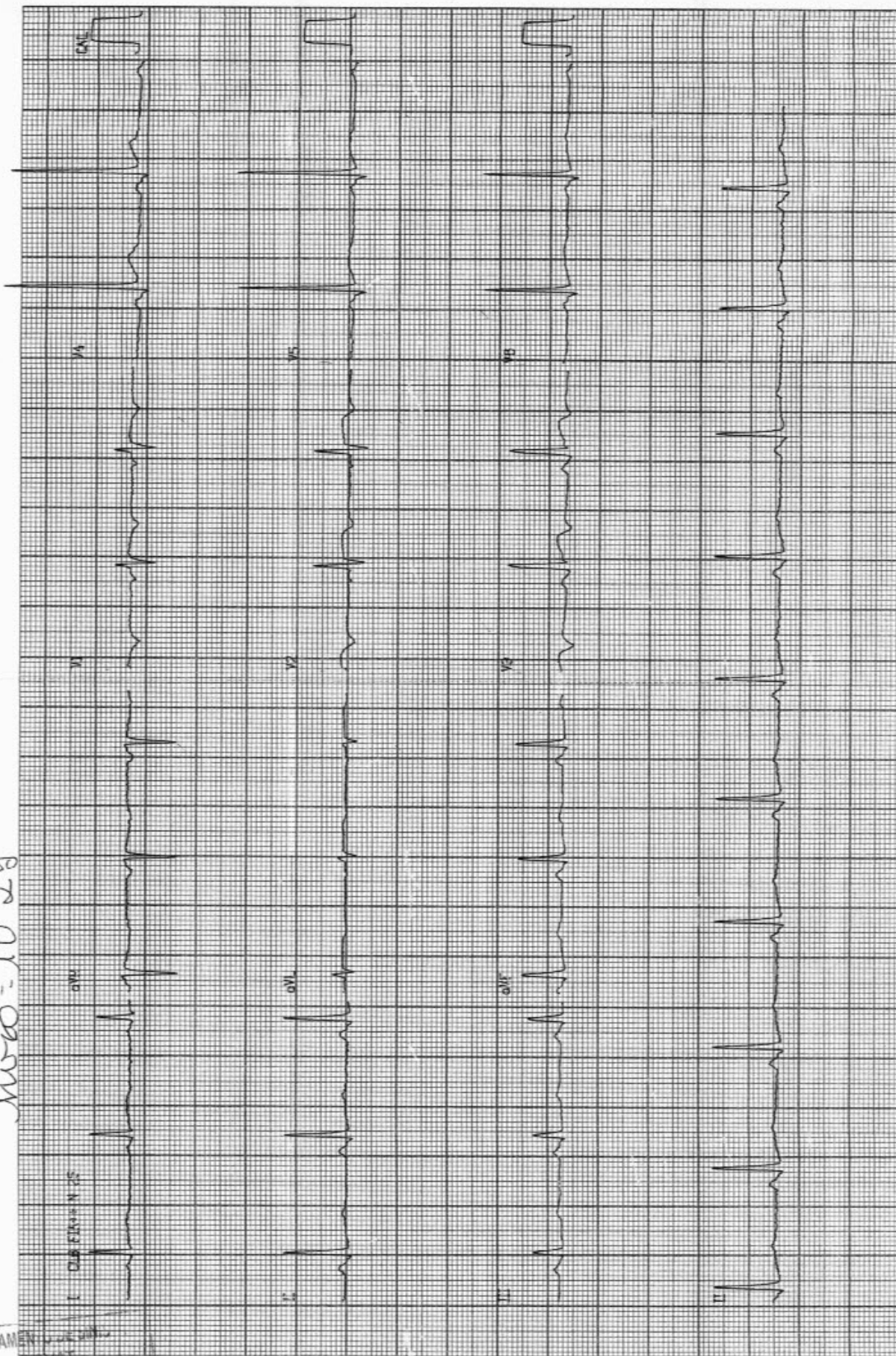
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/05/2020 14:54:52

<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052014541657900000009327221>

Número do documento: 20052014541657900000009327221

Num. 9804083 - Pág. 89

...&studyUID=1.2.392.2000... 29/05/18



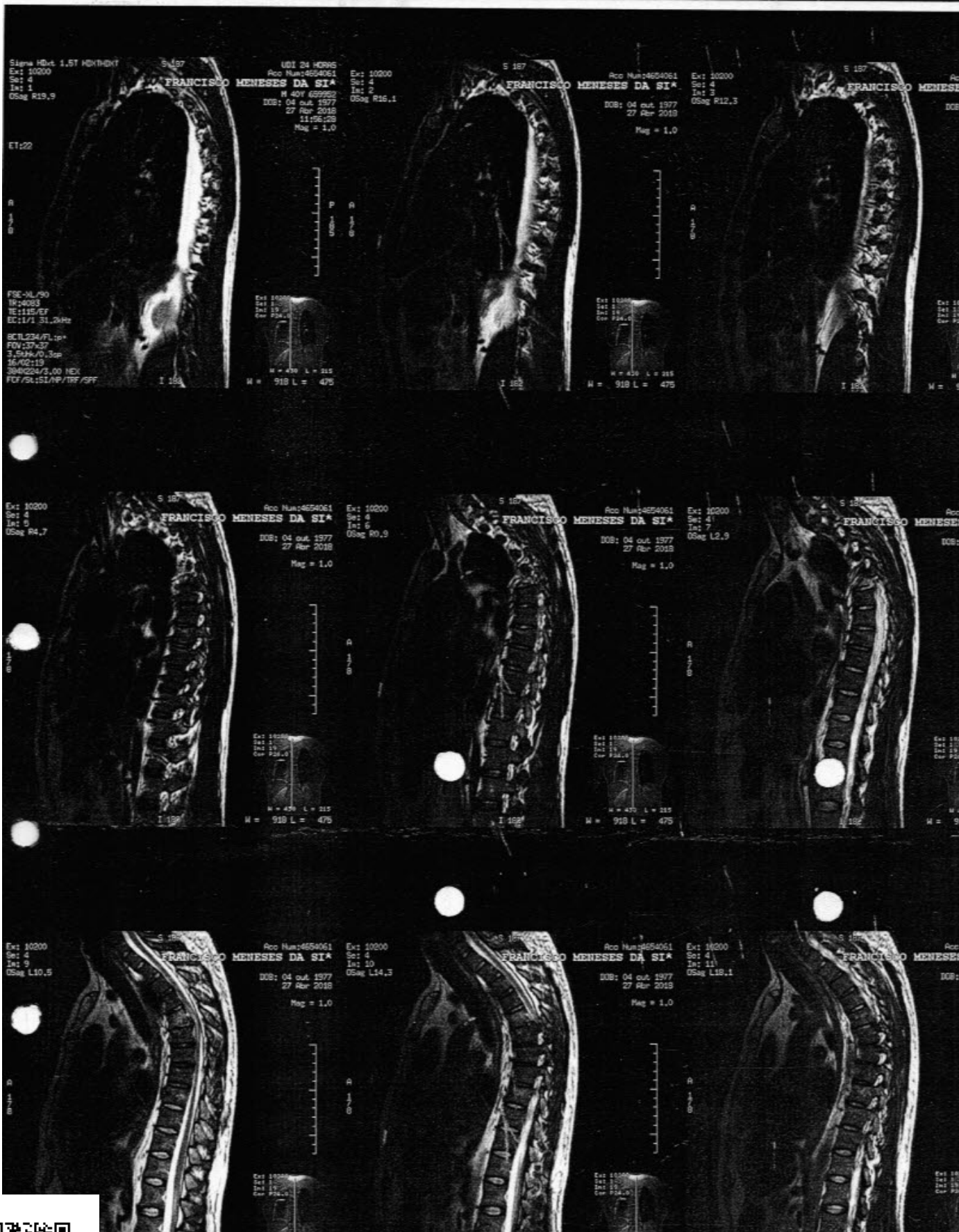
100-102b

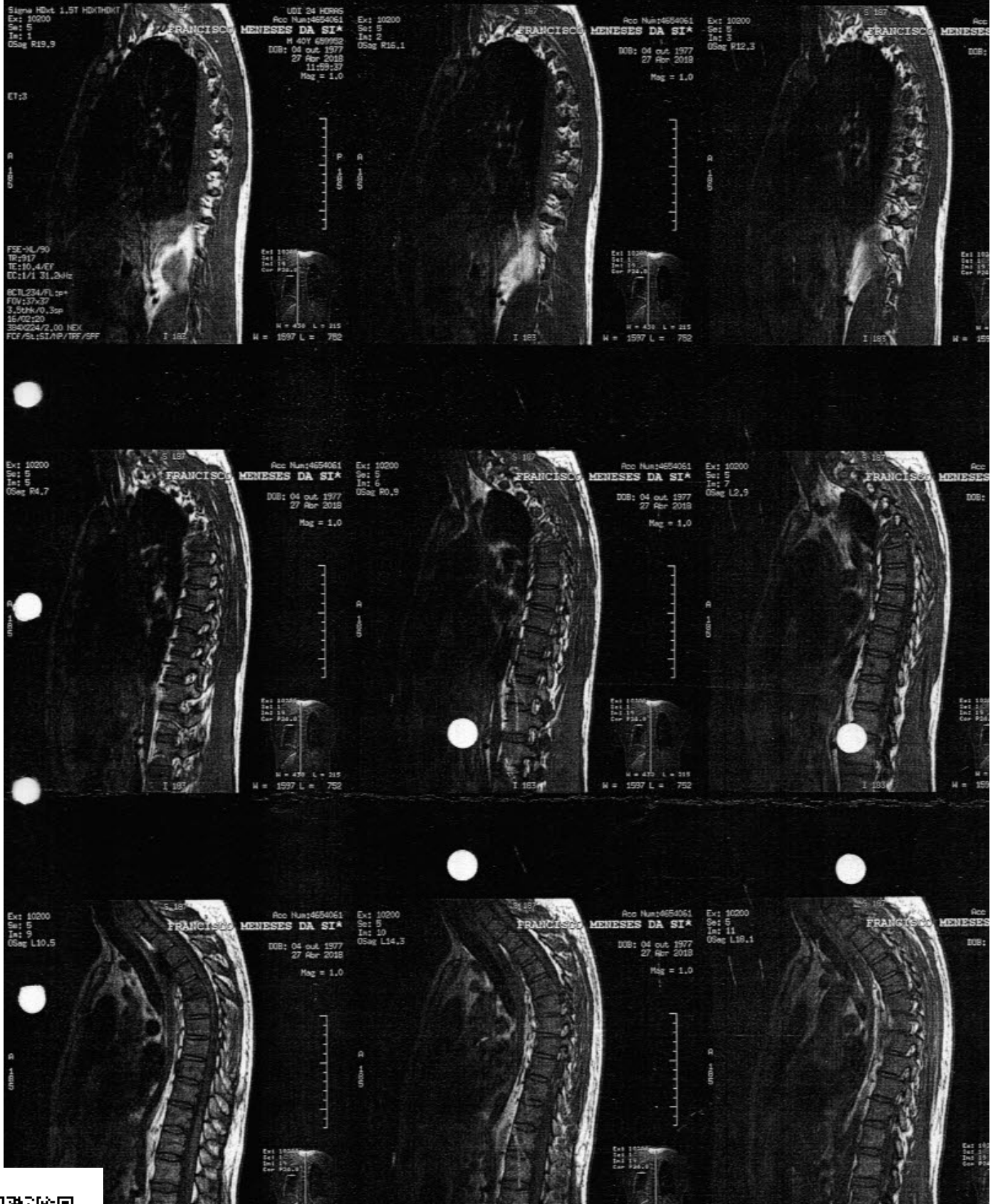
40 ano

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 ABO. 2018









# 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

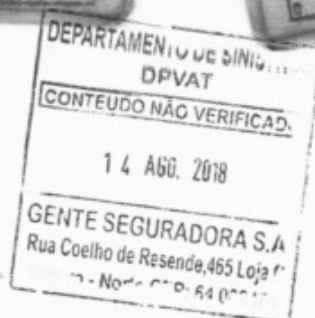
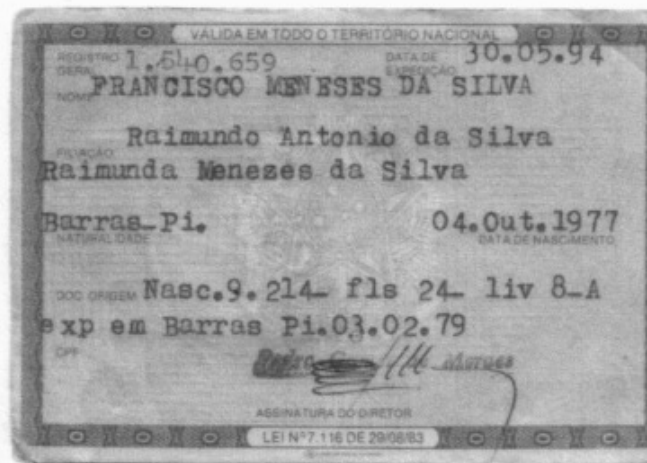
PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7349 - Em: (24/04/2018)

|            |                                                                             |                          |                          |                           |           |                                     |           |           |                          |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| Interação: | Prontuário:                                                                 | Paciente:                | Clinica:                 | Enfermaria:               | Leito:    | Médico Assistente:                  |           |           |                          |
| 212463     | 473938                                                                      | FRANCISCO MENES DA SILVA | CLINICA NEUROLOGIA - P07 | ENFERMARIA 216            | EXTRA 002 | MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS |           |           |                          |
| Evolução:  | C.S. 7PM ASIA C                                                             | Coel: As tran furo       | Alergias:                | Diagnóstico/Comorbidades: |           |                                     |           |           |                          |
| Seq.:      | Descrição-Apresentação/Observação:                                          | Dose:                    | Unid.:                   | Via:                      | Int.:     | Recons:                             | Di. Vol.: | Horarios: | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: |
| Dieta      | ORAL Tipo BRANDA,                                                           |                          |                          |                           |           |                                     |           |           |                          |
| 1          | CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)<br>1000ML SIST FECHADO             | 1,00                     | Frasco                   | EV                        | 12/12h    |                                     |           |           |                          |
| 2          | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.<br>EM CASO DE DOR OU FEBRE              | 1,00                     | Ampola                   | EV                        | 6/6h      |                                     | AD        |           |                          |
| 3          | TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML.<br>DILUIR EM 100ML DE SF 0,9% E FAZER LENTAMENTE | 2,00                     | Ampola                   | EV                        | ACM       |                                     | SF 0,9%   |           |                          |
| 4          | HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP<br>0,25ML                        | 1,00                     | Ampola                   | Subcutá                   | 8/8h      |                                     |           |           |                          |
| 5          | RANITIDINA 150MG                                                            | 1,00                     | Comprim                  | Oral                      | 12/12h    |                                     |           |           |                          |
| 6          | ÓLEO MINERAL PURO 15G/100ML                                                 | 20,00                    | mL                       | Oral                      | 8/8h      |                                     |           |           |                          |

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

BRUNO INY NUNO  
COELHO  
18/04/2018

DEPARTAMENTO DE SINCRONIZAÇÃO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
7 - Nova Cruz - 64.000-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA  
1457994 SSP PI

CPF  
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO  
10/09/1971

FILIAÇÃO  
LUIZ PROCEDOMIO DA SILVA  
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO  
ACC  
CATHA  
B

Nº REGISTRO  
02851011130

VALIDADE  
15/12/2022

Pº HABILITAÇÃO  
29/04/2003

OBSERVAÇÕES  
A

Assinatura do Portador  
MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

LOCAL  
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO  
20/12/2017

70615801046  
P1320021300

ASSINATURA DO EMISSOR  
ARAO MARTINS DO REGO LORAN

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554660910

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO...  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.  
14 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
- N.º 64 (1111)

