

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Edimar Sabino Vieira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
OFICIAL 1.098.963 DATA DE
EXPIRAÇÃO 21/02/19

NOME
EDIMAR SABINO VIEIRA

SOLTEIRO

SABINA DO ESPIRITO SANTOS
SILVESTRE SABINO VIEIRA

NATURALIDADE
TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO
28/07/1969

DO: ORIGEM MATRICULA: CERT. CASAM.
07898001552012200083189002719806

EXP. TERESINA-PI 23/11/12

514.754.723-15

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
26 AGO 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0119806716 EXERCÍCIO 2019

EDIMAR SABINO VIEIRA

51475472315

PIV-2823

PLACA ANT/UF

9C2JC4110AR024199

PAS/MOTOCICLO/NEUTRO

GASOLINA

HONDA/CG 125 PAN KS

2010 2010

02P/0124CC

PARTIC

PRETA

COTA ÚNICA

VEIC. COTA ÚNICA

1º 1PVA

PAZ/UF

00000000

2º

SEGURO

PAGO

SEM RESTRIÇÕES

PBT: 000.29

TERESINA

LOCAL

16/04/2019

Assinatura do dono do veículo

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013157909065 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

1 51475472315

PIV-2823

0119806716

HONDA/CG 125 PAN KS

2010

9C2JC4110AR024199

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

084,58

X COTA ÚNICA

PAGAMENTO

16/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.902/0001-04

022-2016

J CORRETORA DE SEGUROS
26 AGO 2019
DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edimar Sabino Vieira
 DATA DO ACIDENTE 09/05/2019 CPF DA VÍTIMA 514.754.723-15
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO... Edimar Sabino Vieira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Edimar Sabino Vieira
 ENDEREÇO DO PORTADOR Esda Colônia Velha Pav Lagoa da Mata
 Nº 514 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Rural
 CIDADE Petropolis UF PJ CEP 64.000-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (20) 98112-3310

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26.08.19
 IDENTIDADE 1.098-963
 ASSINATURA Edimar Sabino Vieira

CORRETORA DE SEGUROS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA
 DATA 26 AGO 2019
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499651 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIMAR SABINO VIEIRA **Data do acidente:** 09/05/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499651 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIMAR SABINO VIEIRA **Data do acidente:** 09/05/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293915/19

Vítima: EDIMAR SABINO VIEIRA

CPF: 514.754.723-15

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 09/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIMAR SABINO VIEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR SABINO VIEIRA : 514.754.723-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA
CPF: 514.754.723-15

EDIMAR SABINO VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499651

Vítima: EDIMAR SABINO VIEIRA

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIMAR SABINO VIEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **EDIMAR SABINO VIEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000090715-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499651

Vítima: EDIMAR SABINO VIEIRA

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIMAR SABINO VIEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 00090715 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (voluntário)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002647/2019-57

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 15/07/2019 - 10:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

POVOADO NOVA CAJAIBA, Nº:

Complemento

Bairro

POVOADO

Ponto de Referência

Data/Hora

09/05/2019 - 15:05



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA

RG: 1098963

Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS

Endereço: POVOADO NOVA CAJAIBA, Nº

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2010, PLACA-PIY-2823-PI, RENAVAL-01118806716, DE SUA PROPRIEDADE. INFORMA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO FECHOU A VITIMA, PERDEU O CONTROLE CAIU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA UPA DO RENASCENÇA PRONTUARIO.151997, E TRANSERIDO PAR O HUT. PRONTUARIO. 510706. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Edimar Sabino Vieira
EDIMAR SABINO VIEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 514-754-723-15 4 - Nome completo da vítima: Edimar Sabino Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Edimar Sabino Vieira 6 - CPF: 514-754-723-15
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 00090715 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (voluntário)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Imp: 09/05/2019 16:57:32

(User: ALBERT MEDEIROS)

(Estação: SALADEGES50-FC)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA		Prontuário: 151997	
Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS		Pai: SILVESTRE SABINO VIEIRA	
End. Resid.: POVOADO NOVA CAÇAIBA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 28/07/1969	Idade: 49a9m12d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99517-0775
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: CPF: 514.754.723-15	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 371595	Entrada: 09/05/2019 15:43:51	Convênio: S U S	Proced: 0301060396
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clás. Risco: Refere acidente de motociclista há 2 horas, apresenta edema e dor em antebraço S		KARLA DANIELA GOMES DE SOUSA E CORREN/PI 216884 Em: 09/05/2019 13:45:32

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

fratura ossos do antebraço
encaminhado a cirurgia

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:**Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Internação em Outra Unidade

DATA: / / **HORA:** :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Albert Medeiros DEIROS
CRM3567 Em: 09/05/2019 16:57:32

DPVAT
26 AGO 2019
CORRETORA DE SEGUROS
framat
Confere Com o Original

CNPJ: 00.000.000/0001-00
LPA-RE
Rua Rio Verde, 2810
Terresina-PI

150714

ED. 73038



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: ORTOPEDIA HPM ou HUT
Sr(a). <i>Edson Sabino Vieira</i>	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<i>facundo quanto das deformidades em antebraço por acidente automobilístico há 3hs</i> <i>ex. fatura ossos do antebraço (fechada)</i> <i>manuseio a cirurgia</i> <i>07/05/2019</i>	
TERESINA-PI 07/05/2019	<i>Dr. Albert R. Medeiros</i> Ortopedia/Traumatologia Cirurgião de Mão CRM 22571 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

DPVAT
26 AGO 2019
CORRETORES DE SEGUROS

DPVAT
26 AGO 2019
CORRETORES DE SEGUROS

CNPJ: 06.522.817/0005-19
UPA-RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III - CEP 64082-110
Teresina-PI

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIMAR SABINO VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000090715-3

Nr. da Autenticação C58F12CD0974F11A

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Teresina/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.647.745/0001-85 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime de cobrança e imposto autônomo pelo SEPAZ Ce/90

Nº da Nota Fiscal: 023650657

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE foi criada
pela Lei nº 13.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA Nº: 02/07/2019 VENCIMENTO: 02/07/2019 CONSUMO (KWH): 132 TOTAL A PAGAR (R\$): 160,76

MARIA JOSE DO NASCIMENTO VIEIRA
ES DA CACIMBA VELHA S/N POV LAGOA DA MATA
CPF: 20077838577320
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 17.001.29.92.406820

DADOS DA LEITURA	KWH	Atual:	Anterior:	Próxima leitura:	Emissão:	Apresentação:
Atual:	4474	25/06/2019	24/05/2019	25/07/2019	24/06/2019	25/06/2019
Anterior:	4342					
Constante de Multiplicação:						
Consumo Medido:	132					
Consumo Faturado:	132	FCAM				
Forma de Faturamento:	NORMAL					
Índice de Regularidade:						
Índice de Consumo:	32					

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Uso	Uso	Uso	Uso	Uso
Endereço/Endereço	Uso	Uso	Uso	Uso	Uso
RESID. BX. RENDA	MONO	A1938861	Posto	Código FAL	Mês 12 meses
				1.4.1.1	211

DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor	Valor	Valor
Consumo	30 A R\$ 0,287625 =	8,62	
	70 A R\$ 0,493069 =	34,51	
	32 A R\$ 0,739590 =	23,66	
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,75	
DIFERENÇA DE TARIFA		41,68	
SUBVENCAO BAIXA RENDA		29,97	
CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00		0,13	
MULTA POR ATRASO 05/19-00		2,96	
PARCELAMENTO DE DEBITO 07/10		73,28	
JUROS POR ATRASO 05/19-00		0,14	
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		0,16	

CHUVA SEM TRIBUTOS:
J A 30 - 0,206625
J A 100 - 0,234212
J A 132 - 0,581303

DEBITOS JA REVISADOS	Valor R\$	Informações adicionais de débito e vencimento
Mes/Ano	Valor R\$	Informações adicionais de débito e vencimento
11/2018	502,99	Informações adicionais de débito e vencimento
10/2018	971,28	Informações adicionais de débito e vencimento

LIGUE 0800 066 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Verifique o valor da tarifa de energia elétrica em sua conta de luz. O valor da tarifa de energia elétrica é de R\$ 0,287625 por kWh. O valor da tarifa de energia elétrica é de R\$ 0,493069 por kWh. O valor da tarifa de energia elétrica é de R\$ 0,739590 por kWh.

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	Valor	Valor	Valor
Imposto de Renda	108,47	84,60	
Imposto de Renda	22,00%		
Imposto de Renda	23,86		
Imposto de Renda	1,40%	1,14	
Imposto de Renda	6,49%	5,49	

INDICADORES DE CONFIABILIDADE	Valor	Valor	Valor
Indicador de Confiabilidade	5,08	10,15	20,30
Indicador de Confiabilidade	3,43	6,85	13,70
Indicador de Confiabilidade	2,86		
Indicador de Confiabilidade	0,00	0,00	0,00

TERESINA

2ª CORRETORA
DE SEGUROS
26 AGO 2019
DPVAT

BOLETIM DE ENTRADA (BE)
DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/05/2019 14:57:32

User: ALBERT MEDEIROS

Estação: SALADGE390-FC

Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA		Prontuário: 151997	
Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS		Pai: SILVESTRE SABINO VIEIRA	
End.Resid.: POVOADO NOVA CAJAIBA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 28/07/1969	Idade: 49a9m12d	Sexo: Masculino	Fone: 96-99517-3773
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: CPF: 514.754.723-15	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 371595	Entrada: 09/05/2019 15:43:51	Convênio: S U S	Proced: 0351060095
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta há 2 horas, apresenta edema e dor em antebraço E		Carla DANIELA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 216854 Em: 09/05/2019 15:48:32

SSVV:	(Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M
IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm
Pressão: mmHg	

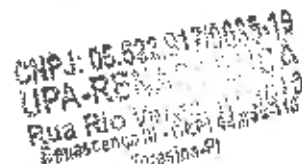
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: fratura ossa do antebraço encaminhado a cirurgia	
Diagnóstico Inicial: ?	
Exames Complementares:	CID: S52

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Internação em Outra Unidade	DATA: / /	HORA: :
--	------------------	----------------

Assinatura Paciente ou Responsável

 Dr. Albert Medeiros
 ALBERT MEDEIROS
 CRM3567 Em: 09/05/2019 16:57:31



SUS



Prefeitura de
Teresina

DPVAT
26/06/2019
DESEMPENHO
DE SEGURANÇA
DO CORRETOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO:

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

ENFERMARIA:
09/05/2019 17:00

NOME: edimar sabino vieira		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
# FRATURA ossos do antebraço # DOR MODERADA. # PACIENTE ESTAVEL NO PERIODO. # AGUARDA TRANSFERENCIA HOSPITALAR 1. DIETA geral 2. S.F 0,9% 1000 ML EV EM 24HS 3. DIPIRONA 1 AMP EV 6/6 HORAS 4. TILATIL 40MG 1 AMP EV DIL 1X/DIA 5. TRAMAL 100MG + 100ML S.F. 0,9% - EV LENTO - SOS 6. CAPTOPRIL 25MG 1 CP SL SE PA > 170X110 MMHG - SOS 7. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS 8. MANTER EM OBSERVAÇÃO ATE TRANSFERENCIA HOSPITALAR (HUT/HPM)		(Tatiana) Tatiana Tatiana 06/05/2019 17:00	18 36,8 83 150/100 06 38,8 84 150/100

UPA RENASCENÇA
RUA N.º 1.000 - JARDIM
RENOVAÇÃO - 64010-000
TERESINA - PI

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.577

SUS



Prefeitura de
Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA:
10/05/2019 07:51

LEITO: *Fotomora 08*

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

NOME: EDIMAR SABINO VIEIRA PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
# FRATURA ossos do antebraço # DOR MODERADA. # PACIENTE ESTÁVEL NO PERÍODO. # AGUARDA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR		
1. DIETA ORAL LIVRE	()	
2. S.F 0.9% 1000 ML EV EM 24HS	()	
3. DAPIRONA 1 AMP EV 6/6 HORAS	12 18 24	
4. PROFENID 1 AMP EV 12/12 HS	12 18 24	
5. TRAMAL 100MG + 100ML S.F. 0.9% EV 12/12 HS	12 18 24	
6. CARTOPRIL 25MG 1 CP S 12/12 HS		
7. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS		
8. MANTER EM OBSERVAÇÃO ATÉ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR (HUT/HPM)		

UPA RENASCENÇA
10/05/2019 07:51

Confere com o Original
Francini

[Signature]
10/05/2019 07:51



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 - Centro Sul - Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA

Data do exame: 09/05/2019

Id Paciente: UR151997

Data do laudo: 29-05-2019

Raio X de Antebraço Esquerdo

Fraturas completas desalinhada localizadas na diafise do radio e ulna.

- Espaço e superfícies articulares: mantidos.

Aumento do volume de partes moles.

Dr. Joelson Oliveira Moreira
Médico Radiologista
CRM-PI: 2353

PI CORRETORES
DE SEGUROS

26 AGO 2019

DPVAT

CNPJ: 05.522.917/0016-56
UPA RENASCENÇA
Rua: Rio Verde, 152-153
Bairro: Centro Sul
(Teresina-PI)



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Edimar Sabino Vieira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510706

CORRETORA
DE SEGUROS

26 AGO 2019

DPVAT

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 Tilo 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

EMP: 10/05/2019 10:06:54

User: DR. FERDINAND FREITAS

Hsitação: 6589002

Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA		Prontuário: 510706	
Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS		Pai:	
End.Resid.: POV LAGOA DA MACA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 28/07/1969	Idade: 49a3m13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-95100-048
Responsável: MARIA ALINE		CNS: 709606090691896	
Profissão: CASEIRO		Documento: CPF: 514.754.733-15	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720977	Entrada: 10/05/2019 09:22:00	Convênio: S J S	Proced: 0301060861
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CASCACETE, ECG: 15. REFERE DOR EM MBR. ENCAMINHADO DA UPA DO RENASCENÇA PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		Cor: SABRINA LOPES C. XALA DE SOUSA CORREN - 207590 Em: 10/05/2019 09:52:27

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bpm
Pressão: mmHg			

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA NO ANTEBRACO ESQUERDO COM DORES E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. ENCAMINHADO DA UPA DO RENASCENÇA.

RAIO-X REALIZADO
DATA: 10/05/2019
Técnico: [Assinatura]
CORREÇÃO DE SEGUROS
26 ABR 2019
DPVAT

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1213436) - ANTEBRACO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto): DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO
CRM: 3096 PI Em: 10/05/2019 10:06:53



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 614991960	Nº REGULAÇÃO: 73064	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU.T		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: EDIMAR SABINO VIEIRA		NASCIMENTO: 28/07/1969

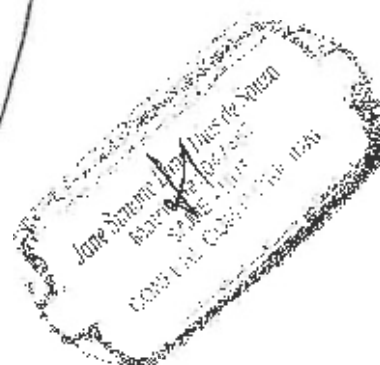
DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO APOS ACIDENTE OCORRIDO HOJE. RX COM FRATURA FECHADA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.CID S52.4			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: EXAME FÍSICORX			
EXAMES SOLICITADOS: EXAME FÍSICORX			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO ULNA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 85bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 14rpm
GLICEMIA: 90mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 10/05/2019 06:40:36

Dr. Alexandre de Sousa Jr.,
Ortopedista - HU.T
CRM: 35201/REG. 11661428-5/2018

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



ID. 73038



Fundação Municipal de Saúde

SUS

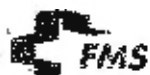
17 577 205/0015 - 32
 UPA RENASCENÇA
 Rua Rio Verde Nº 2810
 Renascença III -
 CEP 64082-110
 Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: ORTOPEDIA HPM ou HVT
Sr (a). <i>Edson Sabino Vieira</i>	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<i>laço de gravata das e de ferimentos em antebraço por acidente automobilístico há 3h</i> <i>fx. fatura ossos do antebraço (fechada)</i> <i>encaminha a cirurgia</i>	
TERESINA-PI 08/05/2019	<i>09/05/2019</i> Dr. Albert Medeiros Ortopedia/Traumatologia Cirurgião da Coluna CRM 25567 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





No. da Autorização de Internação Hospitalar (A.H.)

23815

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código de
Internação

4-CNES

5828856

2387

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA

6 - Prontuário: 510706

7-CNS: 709806090691896

8-Nascimento: 28/07/1969

9-Sexo: Masculino

CPF: 514.754.723-15

11-Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS

12-Fone: 86-95100-048

13-Resp: MARIA ALINE

14-Cor: Sem Informaç

15-End: POV LAGOA DA MATA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IGGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DORES E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.
ENCAMINHADO DA UPA DO RENASCENÇA.

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
RX E EXAME FÍSICO

3-Diagnóstico Inicial:

Fratura das diáfises do rádio e do cúbito (ulna)

24-CID Prim: 5524

25-CID Sec: 5524

26-CID C.Ass: 5524

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020423

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)

29-Clinico:

30-Caráter: Ident.: 02 01 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 716.039.213-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO

10/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Edmar Sabino Vieira

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria OAC/ANPPS
CRM-PI 1838 - CPF 403.563.507-9
CNS 20140640190007

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Usuário: DR. FERDINAND
Consulta Local: 720977
Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HO PITALAR		Nº LAUDO: 204129	
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL		AIH: 2219100325960	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA	CNES 7823169
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUI	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 709806090691896	NOME DO PACIENTE EDIMAR SABINO VIEIRA	NASCIMENTO 28/07/1969	SEXO M	PRONTUÁRIO 510786
DOCUMENTO CTP 8695100048	TELEFONE 8695100048	NOME DA MÃE SABINA DO ESPIRITO SANTOS	RESPONSÁVEL MARIA ALINE	
CEP POV NOVA CAJATIBA	ENDEREÇO - LOGRADOURO POV NOVA CAJATIBA	NÚMERO / LOTE S/A		
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO APOS ACIDENTE OCORRIDO HOJE. RX COM FRATURA FECHADA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. CID S52.4

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO: RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S52.4 - FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO ULNA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO C SINTESE

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO CPF: 71603921320 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 10/05/2019
DATA ADMISSÃO 10/05/2019 09:22	DATA ALTA 12/05/2019 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07939400263 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: 71603921320 CRM:
DATA ANÁLISE: 10/05/2019 16:11:17	DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09, 05, 19

NOME DO PACIENTE: <u>Edimar Sabino Viana</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510706</u>
DIAGNÓSTICO: <u>FRATURA de fêmur ULTRA</u>	QUIRURGIA: <u>7to 4mip</u>
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Oswaldo Mendes</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Barilherme</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Felipe</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>+ Ferreira</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24x5</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	.		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	900		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>cateter de drenagem</u>	CC	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>erapam</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>20</u>	<u>04</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>20</u>	<u>02</u>		CIRCULANTE: <u>Benedyfe</u>			
PROLENE							





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Edineir Sobrinho Viçosa Sala: 02 Data: 10/05/14
Procedimento: Desbridamento do véu de palato Cirurgião: Rosendo
Observações: 15:15 16:15

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 midazolam	mg	2	2										
2 alfentanil	µg	2											
3 propofol	mg	50											
4 propofol	mg	10											
5 dexmedetomidina	mg	8											
6 flumazenil	mg			0.1									
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		017											
AR/N2O	%												
Volatil													

Acesso Vascular
☒ Periférico MS D
Cat. Venoso nº 20
☐ Dificuldade acess. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea
☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☒ MAN nº

Monitorização:
☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:
☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raquianestesia
☐ Peridural
☒ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decóbito: dobel

SPO2 (%)	100 99 99 100 100
ETCO2 (mmHg)	
Acas. Venoso	250 150
Acas. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	



Descrição da Anestesia: - Monitorização + reanimação de venoclise
- Bloqueio axila guiado por estimulação de nervo com 35 de rotação + 0.5%
- Sedação + ATB + PMVP

Dra. Regina Bezerra
Médica
RPM 5920

Anestesiologista



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

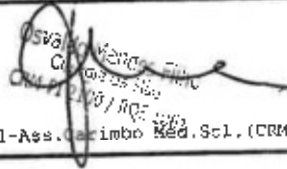
1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código de Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	238753

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	EDIMAR SABINO VIEIRA	6 - Prontuário:	510706
7-CNS:	709806090691896	8-Nascimento:	28/07/1969
9-Sexo:	Masculino	CPF:	514.754.723-15
11-Mãe:	SABINA DO ESPIRITO SANTOS	12-Fone:	86-95100-048
13-Resp:	MARIA ALINE	14-Fone:	86-95100-048
15-Ende:	POV LAGOA DA MATA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010		
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408020423	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESS)	
31-Cod.Procedi-mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli-cidata:
0702030899	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	2
Fornecedor da OPM: MEDICAL LIFE		

33-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	
FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO	CPF	
39-Data Solicitação:	10/05/2019	
	40-No.Doc. Med. Soli.:	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
	716.039.213-20	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa de Fratura no antebraço do neto a mãe.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	14/05/2019	Celeo Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRECA/FMS CRM - PI 1638 - CPF 763.563.507 - 9 CNS 28.650.000.000.000
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):

(KLEÂNIA FREIRE)

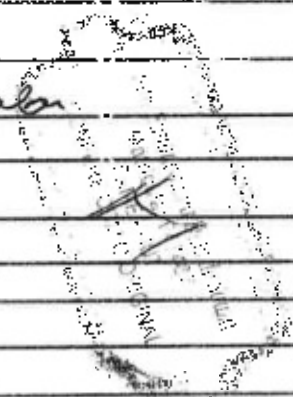




UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EDIMAR SABINO VIEIRA		510706	28/07/1969	49	Ortopédica	236	EXT. 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES ANOTAR	
10/05/2019	FRAT. RADIO E							
12/05/19	BEB, eufórico, afim 2, romenos, FO em hemiparesia							
1	Dieta oral livre							
2	Selo salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
6	Omeprazol 40mg 1comp VO 1xdia							
7	Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 h SN							
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
11	Alta Hospitalar							
12								
 Dr. Yuri Jivago Félix Ortopedista/Traumatologista CRM 41535 								
Dr. Jordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. I. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM 3115-TEOT 10029 / CRM 17308 / CRM 43766-TEOT 11305 / CRM 43767								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Edimar S. Silva IDADE _____ anos DATA 10/05 /2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 05 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE ✓ BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA osteomielite de crânio CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120 / 58</u>	<u>106 x 53</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>75</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Vanus</u>	

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>
ESCALA DE DOR ALTA			

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em
POE de osteomielite de crânio, sequelas da

CAIXA REALIZADO
 DATA 10/05/2019
 Técnico: [assinatura]

Marie Jordana de Oliveira
 Enfermeira
 COREN-PI 484.168

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
 Mônica de Souza
 Matrícula: 041.807
 SAME - PI
 CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)
DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/05/2019 14:57:32

User: ALBERT MEDEIROS

Estação: SALADSGE90-FC

Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA		Prontuário: 151997	
Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS		Pai: SILVESTRE SABINO VIEIRA	
End.Resid.: POVOADO NOVA CAJAIBA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 28/07/1969	Idade: 49a9m12d	Sexo: Masculino	Fone: 96-99517-3773
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: CPF: 514.754.723-15	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 371595	Entrada: 09/05/2019 15:43:51	Convênio: S U S	Proced: 0351060095
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta há 2 horas, apresenta edema e dor em antebraço E		Carla DANIELA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 216854 Em: 09/05/2019 15:48:32

SSVV:	(Hora: ____:____)					
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso:	Temp:	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: fratura ossa do antebraço encaminhado a cirurgia		
Diagnóstico Inicial: ?		
Exames Complementares:		CID: S52

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Internação em Outra Unidade	DATA: / /	HORA: :
--	------------------	----------------

Assinatura Paciente ou Responsável

 Dr. Albert Medeiros
 ALBERT MEDEIROS
 CRM3567 Em: 09/05/2019 16:57:31



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: ORTOPEDIA HPM ou HUT
Sr (a): Edimar Sabin Vieira	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
paciente vítima de acidente automobilístico há 3h les. femur om do antebraço (fechada) manuseio a cirurgia	
TERESINA-PI 07/05/2019	Dr. Albert Medeiros Ortopedia/Traumatologia Cirurgião de Mão 26 AGO 2019 DPVAT J CORRETORES DE SEGUROS Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

J CORRETORES DE SEGUROS

26 AGO 2019

DPVAT

CHPJ: 05.522.01700055-19
UPA-RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III - CEP 64082-110
Teresina-PI

SUS



Prefeitura de
Teresina

R. 8

DPVAT
26 AGO 2019
DESENVOLVIMENTO DE SEGURANÇA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO:

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

ENFERMARIA:
09/05/2019 17:00

NOME: edimar sabino vieira	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM																																																																							
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES																																																																						
PRESCRIÇÃO MÉDICA # FRATURA ossos do antebraço # DOR MODERADA. # PACIENTE ESTAVEL NO PERIODO. # AGUARDA TRANSFERENCIA HOSPITALAR 1. DIETA geral 2. S.F 0,9% 1000 ML EV EM 24HS 3. DIPIRONA 1 AMP EV 6/6 HORAS 4. TILATIL 40MG 1 AMP EV DIL 1X/DIA 5. TRAMAL 100MG + 100ML S.F. 0,9% - EV LENTO - SOS 6. CAPTOPRIL 25MG 1 CP SL SE PA > 170X110 MMHG - SOS 7. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS 8. MANTER EM OBSERVAÇÃO ATE TRANSFERENCIA HOSPITALAR (HUT/HPM)	(Tatiana) Tatiana Tatiana 06/08/19	<table border="1"><thead><tr><th>DATA</th><th>T</th><th>P</th><th>RSatO2</th><th>PA</th><th>Glicemias</th><th>Temperatura</th></tr></thead><tbody><tr><td>18</td><td>36</td><td>83</td><td></td><td>150/100</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06</td><td>38</td><td>84</td><td></td><td>80</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	DATA	T	P	RSatO2	PA	Glicemias	Temperatura	18	36	83		150/100			06	38	84		80																																																			
DATA	T	P	RSatO2	PA	Glicemias	Temperatura																																																																		
18	36	83		150/100																																																																				
06	38	84		80																																																																				

UPA RENASCENÇA
Rua Rio de Janeiro, 100
Teresina - PI

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.57

SUS



Prefeitura de
Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA:
10/05/2019 07:51

LEITO: *Fotomora 08*

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

NOME: EDIMAR SABINO VIEIRA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM																																																	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES																																																
# FRATURA ossos do antebraço # DOR MODERADA. # PACIENTE ESTÁVEL NO PERÍODO. # AGUARDA TRANSFERENCIA HOSPITALAR 1. DIETA ORAL LIVRE 2. S.F 0.9% 1000 ML EV EM 24HS 3. DIPIRONA 1 AMP EV 6/6 HORAS 4. PROFENID 1 AMP EV 12/12 HS 5. TRAMAL 100MG + 100ML S.F. 0.9% EV 12/12 HS 6. CARTOPRIL 25MG 1 CP S 7. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS 8. MANTER EM OBSERVAÇÃO ATÉ TRANSFERENCIA HOSPITALAR (HUT/HPM)	() () 12 18 24 12 24	08 <table border="1"><thead><tr><th>HORA</th><th>T</th><th>P</th><th>RR</th><th>FC</th><th>TA</th></tr></thead><tbody><tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	HORA	T	P	RR	FC	TA	12						18																																			
HORA	T	P	RR	FC	TA																																													
12																																																		
18																																																		

UPA RENASCENÇA
10/05/2019 07:51

Confere com o Original
Francini

[Signature]
10/05/2019 07:51



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 - Centro Sul - Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA

Data do exame: 09/05/2019

Id Paciente: UR151997

Data do laudo: 29-05-2019

Raio X de Antebraço Esquerdo

Fraturas completas desalinhada localizadas na diafise do radio e ulna.

- Espaço e superfícies articulares: mantidos.

Aumento do volume de partes moles.

Dr. Joelson Oliveira Moreira
Médico Radiologista
CRM-PI: 2353

PI CORRETORES
DE SEGUROS

26 AGO 2019

DPVAT

CNPJ: 05.522.917/0016-56
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde, 152-1
Bairro: Centro Sul
(Teresina-PI)



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Edimar Sabino Vieira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510706

CORRETORA
DE SEGUROS

26 AGO 2019

DPVAT

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 Tilo 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

EMP: 10/05/2019 10:06:54

User: DR. FERDINAND FREITAS

Hsitação: 6589002

Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA		Prontuário: 510706	
Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS		Pai:	
End.Resid.: POV LAGOA DA MACA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 28/07/1969	Idade: 49a3m13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-95100-048
Responsável: MARIA ALINE		CNS: 709606090691896	
Profissão: CASEIRO		Documento: CPF: 514.754.733-15	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720977	Entrada: 10/05/2019 09:22:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060861
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CASCOTE, ECG: IS. REFERE DOR EX NBR. ENCAMINHADO DA UPA DO RENASCENÇA PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		Cor: SABRINA LOPES C. XALA DE SOUSA CORREN - 207590 Em: 10/05/2019 09:52:27

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bpm
Pressão: mmHg			

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DORES E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. ENCAMINHADO DA UPA DO RENASCENÇA.

RAIO-X REALIZADO
DATA: 10/05/2019
Técnico: [Assinatura]
CORREÇÃO DE SEGUROS
26 ABR 2019
DPVAT

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1213436) - ANTEBRAÇO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto): DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO
CRM: 3096 PI Em: 10/05/2019 10:06:53



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 614991960	Nº REGULAÇÃO: 73064	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU.T		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: EDIMAR SABINO VIEIRA		NASCIMENTO: 28/07/1969

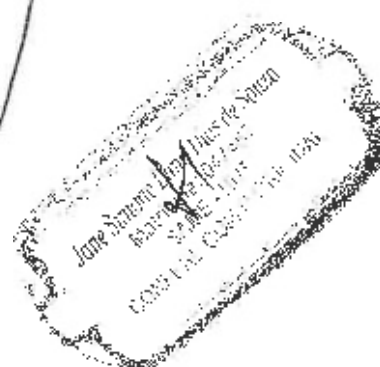
DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO APOS ACIDENTE OCORRIDO HOJE. RX COM FRATURA FECHADA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.CID S52.4			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: EXAME FÍSICORX			
EXAMES SOLICITADOS: EXAME FÍSICORX			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO ULNA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 85bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 14rpm
GLICEMIA: 90mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 10/05/2019 06:40:36

Dr. Alexandre de Sousa Jr.,
Ortopedista - HU.T
CRM: 35201 / REG. 11661428-5

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



ID. 73038



Fundação Municipal de Saúde

SUS

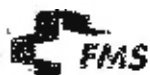
17 577 205/0015 - 32
 UPA RENASCENÇA
 Rua Rio Verde Nº 2810
 Renascença III -
 CEP 64082-110
 Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: ORTOPEDIA HPM ou HVT
Sr (a). <i>Edson Sabino Vieira</i>	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<i>laço de gravata das e de ferimentos em antebraço por acidente automobilístico há 3h</i> <i>fx. fatura ossos do antebraço (fechada)</i> <i>encaminha a cirurgia</i>	
TERESINA-PI 08/05/2019	<i>09/05/2019</i> Dr. Albert Medeiros Ortopedia/Traumatologia Cirurgião da Coluna CRM 25567 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





No. da Autorização de Internação Hospitalar (A.H.)

23815

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código de
Internação

4-CNES

5828856

2387

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA

6 - Prontuário: 510706

7-CNS: 709806090691896

8-Nascimento: 28/07/1969

9-Sexo: Masculino

CPF: 514.754.723-15

11-Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS

12-Fone: 86-95100-048

13-Resp: MARIA ALINE

14-Cor: Sem Informaç

15-End: POV LAGOA DA MATA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IGGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DORES E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.
ENCAMINHADO DA UPA DO RENASCENÇA.

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
RX E EXAME FÍSICO

3-Diagnóstico Inicial:

Fratura das diáfises do rádio e do cúbito (ulna)

24-CID Prim: 5524

25-CID Sec: 5524

26-CID C.Ass: 5524

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020423

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)

29-Clinico:

30-Caráter: Ident.: 02 01 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 716.039.213-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO

10/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-No. Bilhete:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

44-CBOR:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPP

AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria (MACA) FMS
CRM - PI 1838 - CPF 403.563.507-9
(CNS 20140640193007)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Usuário: DR. FERDINAND
Consulta Local: 720977
Consulta SUS:

Edmar Sabino Vieira

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HO PITALAR		Nº LAUDO: 204129	
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL		AIH: 2219100325960	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA	CNES 7823169
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUI	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 709806090691896	NOME DO PACIENTE EDIMAR SABINO VIEIRA	NASCIMENTO 28/07/1969	SEXO M	PRONTUÁRIO 510786
DOCUMENTO CTP 8695100048	TELEFONE 8695100048	NOME DA MÃE SABINA DO ESPIRITO SANTOS	RESPONSÁVEL MARIA ALINE	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO POV NOVA CAJATIBA		NÚMERO / LOTE 500	
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO APOS ACIDENTE OCORRIDO HOJE. RX COM FRATURA FECHADA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. CID S52.4

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO: RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S52.4 - FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO ULNA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO C SINTESE

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO CPF: 71603921320 CRM:	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 10/05/2019		
DATA ADMISSÃO 10/05/2019 09:22	DATA ALTA 12/05/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07939400263 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: 71603921320 CRM:
DATA ANÁLISE: 10/05/2019 16:11:17	DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09, 05, 19

NOME DO PACIENTE:	<u>Edimar Sabino Viana</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>510706</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>FRATURA do fêmur ULTRA</u>	QUIRURGIA:	<u>7to 4mip</u>
ANESTESIA:	<u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>Oswaldo Mendes</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Guilherme</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Felipe</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>+ Ferreira</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>24x5</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	<u>05</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	.		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>05</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>900</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	<u>01</u>		<u>cateter de drenagem</u>	CC	<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		<u>12 03</u>	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>er e pom</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>20</u>	<u>04</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>20</u>	<u>02</u>		CIRCULANTE:	<u>Benedy fe</u>		
PROLENE							





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:

Procedimento:

Sala:

Alergia:

Data:

Cirurgião:

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 midazolam	mg	2	2										
2 alfentanil	µg	2											
3 propofol	mg	50											
4 propofol	mg	10											
5 dexmedetomidina	mg	8											
6 flumazenil	mg			0.1									
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		0.1											
AR/N2O	%												
Volatil													

Acesso Vascular

☒ Periférico

Cat. Venoso nº 20

☐ Dificuldade aces. venoso

Gastos cateteres

☐ Central

Via Aérea

☒ Cateter nasal

c. IOT nº

MANº

Monitorização:

☒ Cardioscopia☒ PANI☒ Oxímetro de pulso☐ ETCO2☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa☐ Geral Balanceada☐ Raquianestesia☐ Peridural☒ Bloqueio Periférico☐ Outros

Dacóbio:

SPO2 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

Monitorização + reanimação de venoclise
- Bloqueio axilar guiado por estimulação de nervo com 35
de rotação + 0.5%
- Sedação + ATB + PMVP

Dra. Regina Bezerra
Médica
RMG 5920

Anestesiologista



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

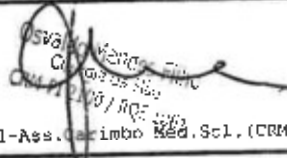
1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código de Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	238753

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EDIMAR SABINO VIEIRA				6 - Prontuário: 510706	
7-CNS: 709806090691896	8-Nascimento: 28/07/1969	9-Sexo: Masculino	CPF: 514.754.723-15		
11-Mãe: SABINA DO ESPIRITO SANTOS				12-Fone: 86-95100-048	
13-Resp: MARIA ALINE				14-Fone: 86-95100-048	
15-Ende: POV LAGOA DA MATA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010					
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408020423	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli- cidatar:
0702030899	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	2
Fornecedor da OPM: MEDICAL LIFE		

30-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	
FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO	CPF	
39-Data Solicitação:	40-No.Doc. Med. Soli.:	
10/05/2019	716.039.213-20	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Justificativa de Fratura no
neto a mãe.*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	14/05/2019	Cleto Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRECA/FMS CRM - PI 1638 - CPF 763.563.507 - 9
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KLEÂNIA FREIRE)





UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EDIMAR SABINO VIEIRA		510706	28/07/1969	49	Ortopédica	236	EXT. 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES ANOTAR	
10/05/2019	FRAT. RADIO E							
12/05/19	BEB, eufórico, afim 2, romenos, FO em hemiparesia							
1	Dieta oral livre							
2	Selo salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
6	Omeprazol 40mg 1comp VO 1xdia							
7	Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 h SN							
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
11	Alta Hospitalar							
12								
<i>Dr. Yuri Jivago Félix</i> Ortopedista/Traumatologista CRM 3115-TEOT/10029								
Dr. Jordano Cronenberger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. I. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM 3115-TEOT/10029 / CRM 17308 / CRM 43766-TEOT/11305 / CRM 43767								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Edimar S. Silva IDADE _____ anos DATA 10/05 /2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 05 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE ✓ BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA osteomielite de crânio CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120 / 58</u>	<u>106 x 53</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>75</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Vanus</u>	

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. <u>Marie Jordana de Oliveira</u>	Enfermeira COREN-PI 484.168

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em
POE de osteomielite de crânio, sequelas daMarie Jordana de Oliveira
Enfermeira
COREN-PI 484.168CIRURGIA REALIZADA
DATA 10/05/2019
Técnico: [assinatura]CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
MARCAS DE SÓLIDÃO
MARCAS DE SÓLIDÃO
MARCAS DE SÓLIDÃO
CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA	<u>[assinatura]</u> Anestesiologista C.R.A. 484.168
	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA

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

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