



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE /
Serviço Móvel d

Documentação médica - hospitalar



LAR
MU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 216	02 Data do chamado 08/09/19	03 PRO (código) 2702	04 Saída do PA 08:02	05 Chegada ao local 18:08
	06 Saída do local 08:34	07 Chegada ao 1º hospital 08:42	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Juvêncio Kubacki	11 Bairro Jockey	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE 0900000	
	13 Ponto de referência Ponto				
Dados do Paciente	14 Nome Antonio Gaudise Machucado Vieira	15 Sexo Masculino			
	16 Idade 47 anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1-Pedestre 2-Condutores 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 14 ABERTURA OCULAR 1-Espontânea 2-A voz 3-A dor 4-Nenhuma 5-Orientada 6-Confusa 7-Palavras Inapropriadas 8-Palavras Incompreensíveis 9-Nenhuma				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 100 Resp. 18 PA 120/80 TAX. 94% SatO2 94%		25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1-Iguals 2-Desiguais		27 Pulso Radial Central 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente		
Assistência	28 Sangramento 1-Sim 2-Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito		31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades Oxigênio Colar cervical Reanimação cardiopulmonar Curativos Kred Assistência obstétrica		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino Hospital Rio Pequeno		33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		
	34 Óbito 1-Sim 2-Não		35 Antes do socorro 1-Sim 2-Não		
Observações Interdisciplinar	36 Observações Interdisciplinar				
	Polígrafo em uso com motor paciente - Le apresentando suspeita de fraude - na chi fratura e recuperação. Carlos Eduardo do Santos Vieira - Removido para o Hospital de Destino.				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AETE

Enfermeiro
Condutor

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

04/09/2019 09:01

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61736952	Prontuario: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 184212/6	
Profissional(is): RENAN DELANO GOMES BRITO CRM 100.11994-3		Nº: 43619271	02/09/2019 às 13:01

ANAMNESE	
Queixa Principal	ACIDENTE DE AUTOS/ USO DE CAPACETE [1] NEGA CONTUSÃO EM POLO CEFALICO NEGA PERDA DA CONSCIENCIA USO DE COLAR E PRANCHA REFERE DOR EM MID CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADA ACP FISIOLÓGICA ABDOME INOCENTE PELVE ESTAVEL DOR EM MID RX: FRATURA EM FEMUR COMPLETA
EXAME FÍSICO	
Aspecto Geral	ACIDENTE DE AUTOS/ USO DE CAPACETE [1] NEGA CONTUSÃO EM POLO CEFALICO NEGA PERDA DA CONSCIENCIA USO DE COLAR E PRANCHA REFERE DOR EM MID CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADA ACP FISIOLÓGICA ABDOME INOCENTE PELVE ESTAVEL DOR EM MID RX: FRATURA EM FEMUR COMPLETA



Clinica de Fonoaudiologia

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que **ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA**, encontra-se em tratamento fisioterapêutico pós-operatório devido fratura completa cominutiva da diáfise proximal do fêmur fixada por placa e parafusos metálicos, o mesmo apresentar dor, edema, diminuição da amplitude de movimento e perda de força.

Paciente em terapia para melhoras nos quadros anteriormente citados.

Teresina, 16 de Outubro de 2019

Atenciosamente,

Dr. Wesley de Meneses Silva
Fisioterapeuta
CREFITO 515911-F

FONOMED

Rua Félix Pacheco, 2008, sala 109, Centro/Sul – Fone: (86) 3222-7976
CNPJ: 08.735.740/0001-88 – CEP: 64.001-160 – Teresina-PI-Brasil

ATESTADO

MEDICO

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

PACIENTE, 47 ANOS, SUBMETIDO HA 12 DIAS A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR DIREITO COM FIXACAO COM PLACA DCS E PARAFUSOS. CID 10: S 72.2; ATUALMENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO A NIVEL AMBULATORIAL, NAO PODENDO DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS. SOLICITO AFASTAMENTO TEMPORARIO DE SUAS ATIVIDADES POR UM PERIODO SUGERIDO DE 180 DIAS, PARA A REALIZACAO DE TRATAMENTO ORTOPEDICO/FISIOTERAPICO.

GRATO,

RAPHAEL BONA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. Raphael Bona

CRM 145.144 - ORTOPEDIA
RGT 0575 - CRIAP 124.15

TERESINA, 12/09/2019

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento

61736952



10/09/2019 09:18:47



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16904151	ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	M	30/01/1972	47
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1268807 SSP PI	71990423334		1-CASADO	
Endereço				
R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR, 19 - VALE QUEM TEM, TERESINA(PI) CEP 64057560				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
8695066561				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	GESTOR SERVICOS EMPRESARIAIS LTDA		
8422 HAPVIDA TERESINA	1 PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
81111001162007018			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
184300-REC EMG ADT - HRP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/09/2019	09:03		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
3918874-RENAN DELANO GOMES BRITO			CLINICA MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MEDICO			

R4310RA - (1.10) DIEGO MIGUEL GONCALVES VIANA

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61736952 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: Leito: /

Profissional(is): RENAN DELANO GOMES BRITO CRM 4100 [1] Nº: 43604557 02/09/2019 às 09:03

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE TRAZIDO POR SAMU [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA [1]

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

43 [1]

EXAME FÍSICO

Nível De Consciência 0 [1]

Resposta Motora 6 [1]

Resposta Verbal 5 [1]

Escala De Glasgow 15 [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação [1]

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61736952 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/6

Profissional(is): RENAN DELANO GOMES BRITO CRM 4100171 Nº: 43605462 02/09/2019 às 9:09:19

ANAMNESE

Queixa Principal	ACIDENTE DE AUTOS/ USO DE CAPACETE NEGA CONTUSÃO EM POLO CEFALICO NEGA PERDA DA CONSCIENCIA USO DE COLAR E PRANCHA REFERE DOR EM MID	(1)
	CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADA ACP FISIOLÓGICA ABDOME INOCENTE PELVE ESTAVEL DOR EM MID	
Alergias	Não	(1)
Medicação Em Uso	Não	(1)
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	(1)

EXAME FÍSICO

Frequência Cardíaca	90 bpm	(1)
Frequência Respiratória	12 IPM	(1)
Sat O2	98 %	(1)
Pa Sistólica	120	(1)
Pa Diastólica	80	(1)
Nível De Consciência	0	(1)
Resposta Motora	6	(1)
Resposta Verbal	5	(1)
Escala De Glasgow	15	(1)

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61736952 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/6

Profissional(is): RENAN DELANO GOMES BRITO CRM 4100 [1] Nº: 43619271 02/09/2019 às 13:01

ANAMNESE

Queixa Principal

ACIDENTE DE AUTOS/ USO DE CAPACETE
NEGA CONTUSÃO EM POLO CEFALICO
NEGA PERDA DA CONSCIENCIA
USO DE COLAR E PRANCHA
REFERE DOR EM MID

[1]

CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADA
ACP FISIOLÓGICA
ABDOME INOCENTE
PELVE ESTAVEL
DOR EM MID

RX: FRATURA EM FEMUR COMPLETA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 15:13

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61736952 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/6

Professional(is): RENAN DELANO GOMES BRITO CRM 4100 [1] Nº: 43626379 02/09/2019 às 15:13

ANAMNESE

Queixa Principal

trauma em quadril dir.
rx da coxa dir revela fratura subtrocanterica do femur direito.
solto pre-op.
indicado tto cirurgico.

[1]

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc: 30/01/1972	Atendimento: 61736952
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição: 23558360	02/09/2019 às 09:04
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 184212/6	Prontuário: 16904151
		Peso: kg
5. DRAMIN B6 (5.00mg/ml)	50mg	10ML (AMPL C/ 50MG) Agora EV CRM-4100
6. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.01g/ml)	100ml	(TUBO C/ 9GR) Agora EV CRM-4100
7. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.01g/ml)	500ml	(TUBO C/ 9GR) Agora EV CRM-4100

Profissionais: CRM-4100 RENAN DELANO GOMES BRITO

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc. 30/01/1972	Atendimento: 61736952
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição: 23558360	02/09/2019 às 09:04
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 1842126	Prontuário: 16904151
		Peso: kg
3. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) Agora EV
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml	
Alta vigilância		CRM-4100
4. PUNÇÃO CEFALICA		CRM-4100
Profissional: CRM-4100	RENAN DELANO GOMES BRITO	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE



Mh
04/09

02/09/2019 17:16:31

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16904151	ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	M	30/01/1972	47
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
1268807 SSP PI	71980423334			1-CASADO
Endereço				
R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE QUEM TEM TERESINA-PI CEP:64057560				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
8695066561		MARIA MACHADO VIEIRA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
184300-RECEPCAO EMG ADULTO - HRP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
02/09/2019	16:59		
Médico Atendente			Clinica
3918874 RENAN DELANO GOMES BRITO			5-ORTOPEDICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
3918874 RENAN DELANO GOMES BRITO			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano GESTOR SERVICOS EMPRESARIAIS LTDA	
8422-HAPVIDA TERESINA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
81111001162007018		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
POSTO 1A - HRP	115-RP ENFERMARIA	02

N. Gula	Procedimento	Senha	Descrição
42132880	99896666	027585744	INTERNACAO
42132880	30725127	027585744	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
42132880	30732026	027585789	ENXERTO OSSEO

TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

RG: 1268807 CPF: 71980423334

Endereço: RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE QUEM TEM TERESINA PI 64057560

DADOS DO RESP. LEGAL (NA IMPOSSIBILIDADE DO PACIENTE ASSINAR)

Nome: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

RG: 1268807 CPF: 71980423334

Endereço: RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE QUEM TEM TERESINA PI 64057560

Pelo presente Instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima qualificado ou, na impossibilidade do mesmo fornecer seus dados elou subscrever este termo, o seu responsável acima identificado, um ou outro reconhecem que foram devidamente esclarecidos sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY.

Declararam, mais, que os profissionais responsáveis pela assistência médica do paciente em momento indicaram as opções de tratamento médico-hospitalar constantes no prontuário respectivo.

Mesmo considerando os riscos inerentes, o signatário responsabilizou-se integralmente e optou pelo seguinte tratamento (a ser conferido ao enfermo acima qualificado):

30725127 FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
30732026 ENXERTO OSSEO

O signatário, após devidamente ciente de todos os riscos do tratamento acima especificado, optou pela adoção de tal prática médica, por entender que esta constitui a melhor assistência a ser dispensada ao paciente, responsabilizando-se integralmente por sua decisão.

O paciente elou seu responsável declararam, portanto, estarem absolutamente informados sobre o procedimento médico a que o paciente será submetido, tudo em obediência aos arts. 46, 48, 49, 53, 56 e 59, do Código de Ética Médica.

TERESINA PI, 02 de SETEMBRO, de 2019

Carlos Edvardo dos Santos Vieira
Paciente ou Responsável Legal

TESTEMUNHAS:

FICHA DE ANESTESIA

Nome: Antonio Francisco Machado Vieira Data: 02/09/19
 Idade: 47a Peso: 60 Kg Sexo: FM M (☐)
 Prontuário: 16904151 Convênio: Wap vida
 Diagnóstico: Prostata
 Cirurgia: Prostata Anestesia: Raqui-dia
 Cirurgião: Dr. Rafael Rios e Danilo ASA: I



A	HORA
G	O ₂
E	N ₂ O
N	Ar
T	
E	
S	

LÍQUIDOS

CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂ : <u>96%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	
ETC O ₂				
PVC				
220				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				

DROGAS	EVENTO
1 <u>Dormid</u>	A <u>Paciente Sentado</u>
2 <u>midocina penado</u>	B <u>Inspeção lombar</u>
3 <u>duram</u>	C <u>desinfecção L_{2-L}</u>
4 <u>elacti</u>	D <u>Punção mediana (F)</u>
5 <u>clomip</u>	E <u>10 ml 2%</u>
6 <u>seleção</u>	F <u>10 ml 2%</u>
7 <u>clomip</u>	G <u>descrição de dor</u>
8 <u>midocina</u>	H
9 <u>descrição</u>	I
10	J

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Naso	Sonda:
5F O ₂ 9%	1000 ml				Respiração:	Espon.	Assist.	Mecan.
SR	500 ml				Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:	Sentado	Local da Punção:	L _{2-L}
					Aguilha:	# 26	Técnica:	Raqui-dia
					Início:	19:20	Final:	
					Duração:			

Condição final op:	Ass. Anestesiologista - CRM
Intercorrências per. op:	Dr. <u>Socorro C. Ferreira</u> Anestesiologista CRM-PI 2113

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTAK		ROCEFIN 1g	
ADRENALINA amp		RAPIFEN	
ATLANSIL apm 150 mg/ml		SEVORANE	
ATROPINA 0,25 mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SÓDIO amp		SUFENTA ml	
CLONIDIN 150 mg	01 amp	TRANSAMIN	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% amp		THIONEMBUTAL 0,5 mg	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	
CLEXANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2,5 ml	01 amp	TRACRIM 25 mg/amp	
DIAZEPAN 10 mg		ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml)	01 amp	XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml		XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN seringa 50 ml PFS		XILOCAÍNA S/A 2% ml	
DIPIRONA amp		XILO-GEL	
DRAMIN B6 DL IV		BRAMIN	01 amp
DOLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp	01 amp		
DOBUTREX amp			
EFORTIL amp	01 amp		
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMERON		SORO	QTE
FLAGYL 500 mg		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	02
FENTANIL amp		SORO-GLICOSADO 0,5% 500 ml	
GLUCONATO DE CÁLCIO		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
FORANE		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ml	
HIDROCORTIZONA 500 mg		SORO RINGER LACTATO 500 ml	01
HALOTHANO		SOL. MANTOL 20% 250 ml	
HEPARINA		FRUTOSE	
HYPNOMIDATE 2 mg/ml		VOLUVEN	
INOVAL amp			
IPIILON 1g			
KFFAZOL fr/amp	02 fr	SANGUE / HEMODERIVADOS	QTE
KÉFLIN amp		PLASMA	
KETALAR ml		SANGUE	
LANEXAT amp		PAPA DE HEMÁCIAS	
LASIX amp		ALBUMINA	
MARCAÍNA C/A 0,5% amp			
MARCAÍNA PESADA amp	01 amp		
MARCAÍNA S/A 0,5% amp			
METHERGIN amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTE
NILPERIDOL amp		CATETER VENOSO	01
NIMBÍUM 10 mg		EXTENSOR	
NAUSEDRON 8 mg	01 amp	EQUIPO DE SORO	02
NARCAN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	
NAROPIN amp		SONDA TRAQUEAL	
NIPRIDE amp		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORADRENALINA		SONDA NASOGÁSTRICA	
NORCURON		AGULHA P/ RAQUE	
NUBAIN amp		TORNEIRA TRÊS VIAS	01
OMEPRAZOL 400 mg FR		EQUIPO DE BOMBA	
ORASTINA amp 5 UI/ml		EQUIPO DE BOMBA FOTO	
PAVULON amp		AGULHA STIMOPREX	
PLAMET amp		agulha nasal	01
PLASIL amp		cateter nasal	01
PROFENID IV			
PROSTIGMINE amp 0,5 mg			
QUELIGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesiista - CRM

João Carlos Ferreira
 Dr. João Carlos Ferreira
 Anestesiista
 CRM-PI 2113

Justificativa Médica

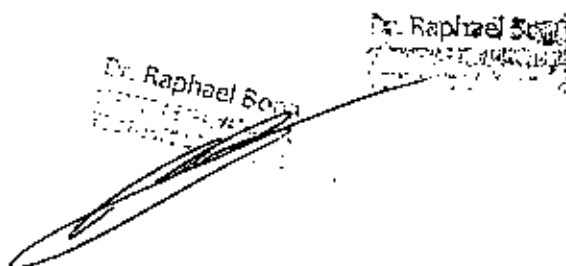
ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

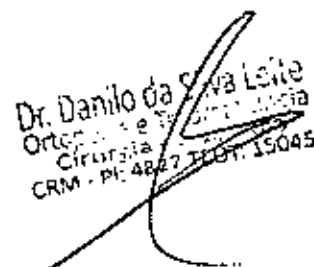
02/09/2018 23:14

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
 Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-2/1

Profissional(is): RAFAEL NEVES BONA MEDICO CRM 24851117 Nº: 43646656 02/09/2018 às 23:04

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S722	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S722 FRATURA SUBTROCANTERICA	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	02/09/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	23:04	[1]
Cirurgia	osteossíntese fratura subtrocanterica do femur direito	[1]
Cirurgião	dr raphael bona	[1]
1º Auxiliar	dr danilo leite	[1]
Anestesieta	dra socorro coutinho	[1]
Descrição Cirúrgica	paciente em decubito dorsal sob anestesia em mesa de tracão assepsia e antissepsia acesso lateral ao quadril direito dissecação por planos redução cruenta de fratura subtrocanterica do femur direito fixação de fratura subtrocanterica do femur direito com placa 95" e parafusos enxertia ossea esponjosa em foco de fratura do femur direito dreno de sucção coxa dir controle radiológico ok sutura por planos curativo oclusivo em quadril /coxa direita	[1]

Dr. Raphael Bona


Dr. Danilo da Silva Leite
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - PI 4847 TRO 15045


R&D Poty

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA		Dt. Nasc. 30/01/1972		Atendimento: 61754219	
Convênio: HARVIDA TERESINA		Nº Prescrição: 23572029		Frontal: 616904151	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP		Leito: BL-211		Peso: 66.00 kg	
1. ORTA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		24/24h		ORAL	
2. Hidralazina Venosa		Frasco Único		Vol. Total 1600 ml	
SORO Glicosado 5%		61.68		1600 ml	
3. NEFLEX (1.00g)		(D12)		1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	
Soro Fisiológico 0.9%		1g		100 ml	
4. UQUOMINE SUBCUTANEO (20000.00UI/ml)		312.5UI		0.25 ML (AMPL C/ 5000UI)	
Ara vigiância		1 ML (AMPL C/ 50MG)		50h	
5. TRAMADOL (50.00mg/ml)		50mg		1 ML (AMPL C/ 50MG)	
Soro Fisiológico 0.9%		60 ml		50h	
Ara vigiância		50mg		2 ML (AMPL C/ 50MG)	
6. ANTAK (25.00mg/ml)		50mg		2 ML (AMPL C/ 50MG)	
Água Destilada		18 ml		50h	
7. DIFENCOA AMP (500.00mg/ml)		1000mg		2 ML (AMPL C/ 500MG)	
Água Destilada		18 ml		50h	
8. TILATE (20.00mg)		20mg		1 FRAP (FRAP C/ 20MG)	
9. NAUSEDRON (2.00mg/ml)		4mg		2 ML (AMPL C/ 4MG)	

Prescrição nº: CRM-2485

RAPHAEL NEVES BONA

Dr. Raphael Neves Bona
 CRM-2485
 02/09/2019 23:20

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA		Dt. Nasc: 30/01/1972		Atendimento: 61754219	
Convênio: HAPVITA TERESINA		Nº Prescrição: 23579868		Prontuário: 16904151	
Posto: POSTO 1A - HRP		Leito: 105-RPM		Peso: 66.00 kg	
1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		24/24h ORAL		CRM-6596	
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	1500 ml	21.00 g/100ml	Acesso Periférico
SORO GLICOSADO 5%	61.98	ml/Kcal/dia	1500 ml		
3. KEFLIN (1.00g) (D22)	Soro Fisiológico 0.9%	1g	1 FRAP (FRAP C/1GR)	8/8h EV	CRM-6596
4. LIQUEMINE SUBCUTANEO (20000.00UI/ml)		312.5UI	0.25 ML (AMPL C/5000UI)	8/8h SC	CRM-6596
5. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0.9%	50mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8/8h EV	CRM-6596
6. ANTAK (25.00mg/ml)	Água Destilada	50mg	2 ML (AMPL C/50MG)	8/8h EV	CRM-6596
7. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	8/8h EV	CRM-6596
8. TILATIL (20.00mg)		20mg	1 FRAP (FRAP C/20MG)	12/12h EV	CRM-6596
9. NAUSEDRON (2.00mg/ml)		4mg	2 ML (AMPL C/4MG)	8/8h EV	CRM-6596

Profissionais: CRM-6596

RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO

Lúcia Paes de Andrade Correia
COREN-PA 480.890-TE

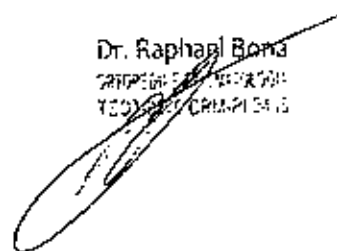
02:00hs → SVD = 1800ml
06:00hs → SVD = 700ml

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc. 30/01/1972	Atendimento: 61754219
Convênio: HAPVIDA TERESIA	Nº Prescrição: 23579868	03/09/2019 às 11:57
Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 105-RP/1	Prontuário: 16904151
		Peso: 66.00 kg

10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA	Agora	CRM-2
---	-------	-------

Profissionais: CRM-248 5	RAPHAEL NEVES BON
CRM-659 6	RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO RIBEIRO

Dr. Raphael Bona
 CRM-248 5
 CRM-659 6



Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA			Dt. Nasc. 30/01/1972			Atendimento: 61754219		
Convênio: HAPVIDA TERESINA			Nº Prescrição: 23579868			03/09/2019 às 11:57		
Posto: POSTO 1A - HRP			Leito: 105-RP/1			Prontuário: 16904151		
						Peso: 66.00 kg		
1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE			24/24h ORAL			CRM-6596		
2. Hidratação Venosa Fase Única			Vol. Total:	1500 ml		21.00 gts/min	Acesso Periférico	
SORO GLUCOSADO 5%			61.98 ml/Kcal/dia	1500 ml			CRM-6596	
3. KEFLIN (1.00g) (D2Z)			1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	6/6h	EV	CRM-6596	
Soro Fisiológico 0,9%				100 ml				
4. LIQUEMINE SUBCUTANEO (20000.00UI/ml)			312.5UI	0.25 ML (AMPL C/ 5000UI)	8/8h	SC	CRM-6596	
Alta vigilância								
5. TRAMADOL (50.00mg/ml)			50mg	1 ML (AMPL C/ 50MG)	8/8h	EV	CRM-6596	
Soro Fisiológico 0,9%				50 ml		SN		
Alta vigilância								
6. ANTAK (25.00mg/ml)			50mg	2 ML (AMPL C/ 50MG)	8/8h	EV	CRM-6596	
Água Destilada				18 ml				
7. DÍPIRONA AMP (500.00mg/ml)			1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	CRM-6596	
Água Destilada				18 ml		SN		
8. TILATIL (20.00mg)			20mg	1 FRAP (FRAP C/ 20MG)	12/12h	EV	CRM-6596	
9. NAUSEDRON (2.00mg/ml)			4mg	2 ML (AMPL C/ 4MG)	8/8h	EV	CRM-6596	
10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA			Agora				CRM-2485	
11. CONCENTRADO DE HEMÁCIAS)			1 bolsa		Agora	EV	CRM-4100	

Profissionais: CRM-2485
CRM-4100
CRM-6596

RAPHAEL NEVES BONA
RENAN DELANO GOMES BRITO
RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convenio: HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição: 0023595697	04/09/2019 às 11:46	
Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 105-RP/1	Peso: 66.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS	
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	24/24h	ORAL					
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 1500 ml	21.00 gts/min	Acesso Periférico	12:00		
SORO GLICOSADO 5%	61.98 ml/Kcal/dia	1500 ml					
3. NAUSEDRON (2.00mg/ml)	4mg	2ML	(AMPL C/ 4MG)	8/8h	EV	14:00 ; 22:00 ; 05/09-06:00 ;	
4. LIQUEMINE SUBCUTANEO (20000.00UI/ml)	312.5 UI	0.25 ML	(AMPL C/ 5000UI)	8/8h	SC	14:00 ; 22:00 ; 05/09-06:00 ;	
Alta vigilância							
5. TRAMADOL (50.00mg/ml)	50 mg	1 ML	(AMPL C/ 50MG)	8/8h	EV	SN	
Soro Fisiológico 0,9%	50 ml						
Alta vigilância							
6. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	SN	
Água Destilada	18 ml						
7. TILATIL (20.00mg)	20mg	1 FRAP	(FRAP C/ 20MG)	12/12h	EV	12:00 ; 05/09-00:00 ;	
8. ANTAK (25.00mg/ml)	50 mg	2 ML	(AMPL C/ 50MG)	8/8h	EV	14:00 ; 22:00 ; 05/09-06:00 ;	
Água Destilada	18 ml						
9. CONCENTRADO DE HEMÁCIAS)	1 bolsa			Agora	EV		
10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA	Agora						

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☒ Indica item checado.

Emissão 04/09/2019 12:20

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Dt. Nasc.: 30/01/1972

Atendimento: 61754219

Prontuário: 16904151

Convenio: HAPVIDA TERESINA

Nº Prescrição: 0023595697

04/09/2019 às 11:46

Posto: POSTO 1A - HRP

Leito: 105-RP/1

Peso: 66.00 kg

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 22:52

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito: SL-2/1

Profissional(is): RACHAEL NEVES BONA MEDICO CRM 2485211	Nº: 43846335	02/09/2019 às 22:51
---	--------------	---------------------

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUCAO		
Evolução Do Paciente	paciente submetida a tto cirurgico de fratura subtrocanterica do femur direito sem intercorrências.	[1]
CID 10	S722 FRATURA SUBTROCANTERICA	[1]



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 22:47

Paciente:	ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	DL Nasc.:	30/01/1972	Atendimento:	61754219	Prontuário:	16904151
Convênio:	HAPVIDA TERESINA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito:	SL-2/1		
Profissional(is):	RAPHAEL NEVES BONA MEDICO GEM 248510			Nº:	43646187	02/09/2019	às 22:45
IDENTIFICACAO							
Nome	ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA						[1]
Sexo	Masculino						[1]
Idade	47 A 7 M						[1]
Data De Nascimento	30/01/1972						[1]
Nº Atendimento	61754219						[1]
DADOS DO PACIENTE							
MOTIVOS DA INTERACAO							
CID10 Primário	S722 FRATURA SUBTROCANTERICA						[1]
COMORBIDADES							
GRAU DE DEPENDENCIA							
IDENTIFICACAO DOS RISCOS							
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS							
Principal	osteossíntese fratura subtrocanterica femur direito						[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES							
ALTA HOSPITALAR							
Total De Dias	3 Dias						[1]

Dr. Raphael Bona
 16904151
 12/01/2019 12:02

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

PACIENTE, 47 ANOS, APRESENTANDO FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR DIREITO.

NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO.

SOLICITO AUTORIZACAO DOS MATERIAIS ABAIXO RELACIONADOS:

+01 PLACA DCS 135° 4,5 MM 08 FUROS;

+01 PARAFUSO DESLIZANTE;

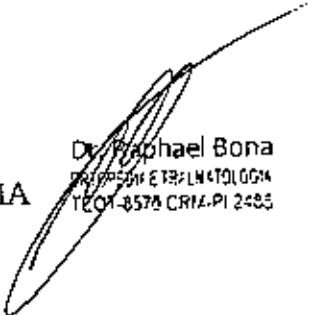
+01 CONTRA-PINO;

+01 PARAFUSO ESPONJOSO 6,0 MM R-16

+07 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5 MM

GRATO,

RAPHAEL BONA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Dr. Raphael Bona
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
TEC 01-8578 CRIE.PI 2485

TERESINA, 02/09/2019

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 14:02

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61736952	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 184212/6

Profissional(is): RAFAEL NEVES BONA FORM 245511	Nº: 43622232	02/09/2019	às 14:02
---	--------------	------------	----------

DADOS DO PARECER	
Parecer	trauma em quadril dir com dor, edema, impotência funcional. rx de bacia revela fratura subtrocanterica femur dir. indicado tto cirurgico; solic p're-op. solicita cirurgia

[1]


 Dr. Rafael Bona
 Médico Especialista
 Traumatologia

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 15:09

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61736952 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/6

Profissional(is): RENAN DELANO GOMES SERTÃO MÉDICO CRM-MA 7147 Nº: 43625437 02/09/2019 às 14:58

IDENTIFICAÇÃO		
Nº Atendimento	61736952	[1]
Nome Completo	ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	[1]
Data De Nascimento	30/01/1972	[1]
Nome Da Mãe	MARIA MACHADO VIEIRA	[1]
Data De Internação	02/09/2019	[1]
HDA/EXAME FÍSICO/ACONDUIA		
HOA	trauma em quadril dir. rx da coxa dir revela fratura subtrocanterica do femur direito. Indicado tto cirurgico.	[1]
SINAIS VITAIS		
Dispensa Registro de Sinais Vitais	Sim	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
COMORBIDADES		
DIAGNOSTICO		
CID Principal	A928 FEBRE VIRAL TRANSMITIDA POR MOSQUITOS, NAO ESPECIFICADA	[1]
PARECER DO ESPECIALISTA		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
Plano Terapêutico	trauma em quadril dir. rx da coxa dir revela fratura subtrocanterica do femur direito. solto pre-op. Indicado tto cirurgico.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.	[1]

Renan Delano Gomes Sertão
MÉDICO
CRM-PI 9160 / CRM-MA 7147



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
02/09/2019 21:37
01000_000

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 18904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição: 23571390	02/09/2019 às 21:35	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito: SL-2/1	Enfermeiro(a): ANTONIA MARTINS RODRIGUES	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

DOR

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite
Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	03/09 Manhã		

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite
LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite
MANter POSIÇÃO CONFORTÁVEL	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Antonia Martins Rodrigues
COREN-PI/526.602 - ENF.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

03/09/2019 00:03

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA DL Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-2/1

Profissional(s): LUANA MARCIA GOMES DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN Nº: 43643271 02/09/2019 às 21:17

DADOS DO PACIENTE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

Hora	19:15	[1]
Hora		
Descrição	PCT ADMITIDO EM S.O PARA TTT DE FRAT. DE FEMUR DIREITA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, SEM EXAMES. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOS, HAS E DM. PUNÇIONADO ACESSO VENOSO JELCO 20, COM SUCESSO NO MSE. AFERIDO SSVV, SEGUE ESTAVEIS. O MESMO SUBMETIDO A ANESTESIA TIPO RAQUE+SEDAÇÃO. ADMINISTRADO 02 G. DE CEFAZOLINA, 01AMP. DE NAUSEDRON DE 8MG, 01AMP. DE DECADRON, AMBOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA ANESTESIOLOGISTA DRª SOCORRO COUTINHO	[1]
	19:20H- INICIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO, SEM ALTERAÇÕES.	
Hora	10:50	[1]
Hora		
Descrição	TERMINO DO PROCEDIMENTO. PCT ENCAMINHADO PARA S.R.P.A. SOB EFEITO DE ANESTESIA SEM ALTERAÇÕES. COM DRENO EM F.O SEM ALTERAÇÕES.	[1]
Hora	10:55	[1]
Hora		
Descrição	ADMITIDO PCT EM S..R.P.A. EM POI DE FRAT. DE FEMUR DIREITO, CONSCIENTE, POREM SONOLENTO. AFERIDO SSVV, SEGUE ESTAVEIS. P.A95/60/ PULSO 102/ SAT. 100%/ RSP. 17 INSTALADO 01 BOLSA DE SANGUE COD. DA BOLSA 80522101479 A+. VALIDADE 24/09/2019	[1]
Hora	23:15	[1]
Hora		
Descrição	P.A 91/58 SAT. 99% PULSO 97 TEMP. 36.1 RESP. 18	[1]
	23:30H- P.A 91/63 SAT. 99% PULSO 98 TEMP. 36.3 RESP. 18	
	23:45H- P.A 91/ 58 SAT. 100% PULSO 99 TEMP. 36.3 RESP. 18	
	00:00H- P.A 95/84 SAT. 100% PULSO 99 TEMP. 36.3 RESP.18	

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Luana
Luana Marcia Gomes dos Santos
COREN-PI: 686.847 - TE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 23:13

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Pronto-socorro: 18904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 115-RP/2

Profissional(is): **LIANA MARCIA GOMES DOS SANTOS TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 388847/01** Nº: 43634903 02/09/2019 às 17:51
RAFAEL LAFLACIDIANI RODRIGUES CARDOSO ENFERMEIRO COREN 189588/2

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	02/09/2019	[2]
Hora Da Cirurgia	18:00	[2]
Cirurgia	pre op fratura de femur direito	[2]
Setor De Admissão Do Paciente	pronto atendimento	[2]
Identidade Do Paciente	sim.	[2]
Exames Complementares	sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[2]
Confirmação De Reserva De Sangue	sim.	[2]
Paciente Refere Alergia	não.	[2]
Paciente Está Em Jejum	sim.	[2]
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	8 horas	[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	SIM.	[1]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[1]
Confirmação De Vaga Em UI	NÃO.	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	NÃO.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	NÃO.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRURGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram, Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	DIREITA.	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 23:13

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Letto: 115-RP/2

Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]
ANEXIÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibiotico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentos Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	DORSAL	[1]

Assinado por
COREN:
LUCIANA
Luciana Maria Gomes dos Santos
COREN-PI: 686.847-7 - TE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 17:57

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasco: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 115-RP/2

Profissional(is): RAFAELLA PLACIO ALORIM CARBOSO - ENFERMEIRO(A) COREN 43634985 Nº: 43634985 02/09/2019 às 17:53

PACIENTE

Data De Admissão	02/09/2019	[1]
PRE-OPERATÓRIO		
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	02/09/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	correção de fratura de femur direito	[1]
Pulseira De Identificação	msd.	[1]
Comorbidades	nega	[1]
Nome, dosagem, frequência	nega	[1]
Alergia- Descrição	nega	[1]
Tabagista	não.	[1]
Etilista	não.	[1]
Internações Anteriores	sim, quando criança	[1]
Motivo das Internações	cirurgia de correção de fratura de clavícula	[1]
Cirurgias Anteriores	sim.	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	sim.	[1]
Reserva de Hemoderivados		
Exames E Procedimentos	RX.	[1]

NUTRICIONAL/METABOLICO

Jejum	sim.	[1]
Conservado	s	[1]
Dentição	preservada.	[1]

TOXICOLOGIA

Inspeção	simétrico	[1]
Ausculta	mv+sra	[1]

ABDOMEN

Exame Abdominal	plano.	[1]
Ruídos Hidroaéreos (RHA)	presentes.	[1]

SONO/REPOUSO

Conclui Sono e Repouso	sim.	[1]
------------------------	------	-----

PARTICIPACAO/RELACIONAMENTO

Quem da Família Cuida do Paciente	filho	[1]
-----------------------------------	-------	-----

CONFORTO

SINAIS VITAIS

COREN-PR 460
Rafaela Plácio Alorim Carboso

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 17:57

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA		Di. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA		Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 115-RP/2	
PA	97x68			[1]
FC	80 bpm			[1]
FR	20 mrpm			[1]
OUTROS DADOS E SINAIS				
Sat O2	99 %			[1]
INTRA-OPERATÓRIO				
POS-OPERATÓRIO				

Reginaldo Augusto A. Cardoso
 489.888 - En

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 115-RP/2	
Profissional(is):	RAFAELLA PLACIDO AMORIM CARDOSO - ENFERMEIRO(A) COREN-PI 499.998	Nº: 43635323	02/09/2019 às 17:59

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
Evolução de enfermagem	Paciente admitido na urgência trazido pelo SAMU após colisão motoXcarro, nega comorbidades e alergias. Realizou exames de imagem e laboratoriais. Aguarda procedimento cirúrgico para correção de fratura de fêmur. Reservado 02 CH. Evolui com ECG: 15, pupilas isofotorreagentes. Hemodinamicamente estável. AVP em MSD com Jelco 22, em HV. Mantém imobilização com tala e prancha, conforme orientação do médico plantonista.	[1]
ALERGIAS		
Alergias	nega	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	RISCO MODERADO.	[1]
Queda Adulto (Morse)	ALTO RISCO.	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
Especificar	msd	[1]

Rafaela Placido Amorim Cardoso
 COREN-PI: 499.998 - Enf.

ULTRA-SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

02/09/2019 17:52

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 115-RP/2

Profissional(is): RAFAEL APACIDA AMORIM CARDOSO ENFERMEIRO(A) COREN 489888 Nº: 43634903 02/09/2019 às 17:51

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	02/09/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	18:00	[1]
Cirurgia	pre op fratura do fêmur direito	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Sector Da Admissão Do Paciente	pronto atendimento	[1]
Identidade Do Paciente	sim.	[1]
Exames Complementares	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	não.	[1]
Paciente Está Em Jejum	sim.	[1]
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	8 horas	[1]

Rafael
Rafael Apacida Amorim Cardoso
COREN-PI: 489.888 - En



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
02/09/2019 10:01 PM
m1827_02

Paciente:	ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	DT. Nasc.:	30/01/1972	Atendimento:	61754219	Prontuário:	16904151
Convênio:	HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição:	23571591	02/09/2019 às 21:58			
Posto:	CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito:	SL-2/1				
Avaliação:	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA						
Profissionais:	ANTONIAMARTINS RODRIGUES (COREN 526602)						
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO							
Nível de Consciência	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite				
NÍVEL DE ORIENTACAO	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite				
PADRAO RESPIRATORIO	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite				
2 - MANTER							
INTEGRIDADE FISICA E MENTAL	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite				
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite				
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite				
3 - OFERECER							
APOIO PSICOLÓGICO	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite				
7 - ORIENTAR							
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	03/09 Manhã	03/09 Tarde	03/09 Noite				

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Mãe do Sotomai Ivone Alencar
COREN-PI 550.451.12

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

03/09/2019 00:30

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16804151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito: SL-2/1
Profissional(is): ANTONIA MARTINS RODRIGUES ENFERMEIRO(A) COREN-525602/34 Nº: 43844658 02/09/2019 às 21:55		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

19:00 Paciente admitido no centro cirurgico procedente da urgência para submeter-se a cirurgia de FRATURA de FEMUR após colisão motoXcarro, nega comorbidades e alergias. AVP em MSD com jejum 22, em HV. Mantém imobilização com tala e prancha. Realizado anestesia Raque. [1]

22:50- Paciente na SRPA no PQI de Osteossintese fratura Subtrocanterica do Fêmur D, sonolento, eupneico, normocorado, P.A95/60/ PULSO 102/ SAT. 100%/ RSP, 17. INSTALADO 01 BOLSA DE SANGUE COD. DA BOLSA 60522101479 A+. VALIDADE 24/09/2018

01:00- Paciente de alta da SRPA encaminhado para RX em seguida para posto 1a.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sonda Vesical

Sim

[1]

Antonia Martins Rodrigues
COREN-525602 - ENF.

03/09/2019 23:

o Poty

TRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
 convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 105-RP/1

Profissional(is): AGENISIA PEREIRA DOS REIS COREN: 55004711 Nº: 43656629 03/09/2019 às 08:44
 MARCELA SILVA SANCHES ENFERMEIRO(A) COREN: 56132342

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

Segue em 1º DPO de FRATURA de FEMUR D após colisão motoXcarro. nega comorbidades e alergias. Mucosas hipocroradas. Respirando em AA. SSVV estáveis. Dieta por VO com boa aceitação. AVP em MSD com jelo 22, em HV. FO com curativo oclusivo limpo e seco com presença dreno sutor funcionando. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Sem queixa no momento. Sob cuidados da equipe

[2]

Realizado labo
 RECEBEU 1 CH

ALERGIAS

Alergias

nega

[2]

VALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[2]

VALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[2]

Infecção Do Trato Urinário

Sim

[2]

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

[2]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[2]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

BAIXO RISCO.

[2]

Perda De Dispositivos

Sim

[2]

Queda Adulto (Morse)

ALTO RISCO.

[2]

Tromboembolismo Venoso Cirúrgico

RISCO INTERMEDIÁRIO.

[2]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[2]

Sonda Vascular

Sim

[2]

Dreno Da Portovac

Sim

[2]

Marcela Silva Sanches
 Coren - PI 561.323 - ENF

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

04/09/2019 06:29

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 105-RP/1

Profissional(is): AGENISIA PEREIRA DOS REIS TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 950004 Nº: 43655257 03/09/2019 às 08:14
LUIZA AUSTINO ANDRADE CORREIA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 180890152
MARIA DO SOCORRO TIVÔ DE ABREU TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 56099119

DADOS DO PACIENTE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: MANHÃ

Hora	7:00HS	[1]
Hora		
Descrição	PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO NO 1º DPO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, DIURESE POR SVD EM BOA QUANTIDADE, RESPIRA AA, ACEITA A DIETA OFERECIDA, EM HIDRATAÇÃO VENOSA, FO COM DRENO SUCTOR, AGUARDA VISITA MEDICA.	[1]
Hora	9:00HS	[1]
Hora		
Descrição	PACIENTE ACEITOU LANCHE, AGUARDA VISITA MEDICA.	[1]
Hora	12:00HS	[1]
Hora		
Descrição	VERIFICADO SSVV, PA 11X70, P80, R18, T36, S98, ADMINISTRADO KEFLIN+DIPIRONA CPM.	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: TARDE

Hora	13:00	[3]
Hora		
Descrição	RECEBO PACIENTE EM HV POR AVP COM DRENO SUCTOR, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO.	[3]
Hora	14:00	[3]
Hora		
Descrição	ADMINISTRADO LIQUEMINE SC+RANITIDINA+AD EV+REALIZADO	[3]

LUIZA AUSTINO ANDRADE CORREIA
COREN 180890152

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição: 23574076	03/09/2019 às 06:33	
Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 105-RP/1	Enfermeiro(a): DANIELA SEVERIANA GOMES DE L.	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO ANALGÉSICA

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: HISTÓRICO DE QUEDAS

MANTER LEITO E GRADES LATERAIS ELEVADAS

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: TRAUMATISMO

EVITAR SANGRAMENTO

Ass. de Coord. Lvo. de Enferm.
COHEN-P: 160.951 - TE

Daniela Severiana G. de L. R.
COHEN-P: 160.955 - EN.

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição: 23574080	03/09/2019 às 08:37	
Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 105-RP/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: DANIELA SEVERINA GOMES DE LIMA (COREN 451865)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	Manhã	Tarde	Noite
Pressão Arterial	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Manhã	Tarde	Noite
3 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Md do Socorro Ivo de Alencar
COORDENADOR SMC 001 - TT

Daniela Severina G. de L.
COREN 451865

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

03/09/2019 00:21

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-2/1

Profissional(is): ANTONIOMARTINSRODRIGUES, ENFERMEIRO(A) COREN 526592/PR Nº: 43648011 03/09/2019 às 00:03

PACIENTE

Data De Admissão 03/09/2019 [1]

PRE-OPERATORIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 02/09/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto CORREÇÃO DE FRATURA DE FEMUR [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etilista Não. [1]

Internações Anteriores SIM [1]

Motivo das Internações FRATURA DE CLAVICULA [1]

Cirurgias Anteriores Sim. [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados Sim. [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim [1]

NUTRICIONAL/METABÓLICO

Intolerância Alimentar Não. [1]

Jejum Sim. [1]

Conservado Sim [1]

Prótese Dentária Superior. [1]

ABDOMEN

Exame Abdominal Plano. [1]

EXCREÇÕES

Intestinais Presente. [1]

Urinárias Presente. [1]

SONO/REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Sim. [1]

INTRA-OPERATORIO

Responsável Pelo Recebimento ENF SAMARA [1]

Hora 18:00 [1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

03/09/2019 00:21

Paciente:	ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.:	30/01/1972	Atendimento:	61754219	Prontuário:	16904151
Convênio:	HAPVIDA TERESINA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito:	SL-2/1		

Início Da Anestesia	19:20	[1]
Término Da Cirurgia	22:50	[1]
Instrumentador	LUANA	[1]
Circulante	JANAINA	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Ortopédica.	[1]
Numero Inicial De Compressas	30 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	10 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	40 UD	[1]
Exames De Imagem	Sim	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Tipo	Elétrico.	[1]
Material	SIM	[1]
Fornecedor	MEDICAL LIFE	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INTEGRA	[1]
Grau De Contaminação	Limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	22:50	[1]

POS OPERATORIO		
Nível da Consciência pos operatorio	Calmo.	[1]
Tipo De Respiração	Espontânea s/suporte de o2.	[1]
Extremidades	Perfundidas.	[1]
Curativos Cirúrgicos	Limpo e seco.	[1]

ESCALA DE GLASSGOW		
Esponaneamente	Sim	[1]
Orientado E Conversando	Sim	[1]
Obedece A Comandos	Sim	[1]
Localiza A Dor	Sim	[1]

REGISTROS		
Acesso Periférico Pérvio	Sim	[1]
Antimicrobianos		[1]
Especificar	SUCÇÃO	[1]
Sonda Vesical	Sim	[1]

CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO		
------------------------------------	--	--

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

03/09/2019 00:21

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito: SL-2/1	

Extremidades	Profundas,	[1]
Curativos Cirúrgicos	Limpo e seco.	[1]
Unidade De Internação	Sim	[1]

Antonia Martins Rodrigues
COREN-PI 526.602 - ENF.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

03/09/2019 06:54

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 105-RP/1

Profissional(is): VALDENISE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN Nº: 43649585 03/09/2019 às 01:48

DADOS DO PACIENTE	
Data De Nascimento	30/01/1972 [1]
Sexo	Masculino. [1]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ	
Hora	02:00hs [1]
Hora	
Descrição	Paciente retoma do CC após cirurgia de FRATURA DE FEMUR DIREITO, em AVP em MSE, com DRENO DE SUÇÃO, em SVD, segue consciente, orientado sem queixas no momento segue sob cuidados de enfermagem, SSVV estáveis, PA 100/70, P 88, R 20; TAX 38; SAT 100% [1]
Hora	03:00HS [1]
Hora	
Descrição	Realizado medicações de horário, conforme prescrição médica. [1]
Hora	06:00hs [1]
Hora	
Descrição	Verificado SSVV, PA 12/8; P 80; R 18; TAX 36.5; SAT 98%, SDV 100; DRENO 100 [1]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE	
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE	
CUIDADOS DE ENFERMAGEM	

Valdenise Costa dos Santos
COREN - PI: 273.400 - TE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

04/09/2019 12:51

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 105-RP/1

Profissional(is): RAPHAEL NEVES BONA, MÉDICO (CRM 248514)	Nº: 43717824	04/09/2019	às 12:50
---	--------------	------------	----------

DIAGNÓSTICOS		
CID-10	S722 FRATURA SUBTROCANTÉRICA	[1]
CID-10	S722 FRATURA SUBTROCANTÉRICA	[1]
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Cirurgia Realizada	osteossíntese fratura subtrocantérica do fêmur direito	[1]
Cirurgião	dr raphael bona	[1]
Data da Cirurgia	02/09/2019	[1]

Dr. Raphael Bona
CRM 248514
R. 105-RP/1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

04/09/2019 12:35

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Lotto: 105-RP/1	
Profissional(is): RAPHAEL NEVES BONTA MEDICO CRM 2465		Nº: 43717037	04/09/2019 às 12:32

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	paciente evoluindo no 2 dpo da fratura subtrocanterica do femur direito com bom estado geral,fo drenando moderada quantidade de secrecao sanguinolenta,alta hospitalar com orientacao ambulatorial. [1]
CID 10	S722 FRATURA SUBTROCANTERICA [1]

Dr. Raphael Bonta
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 TEL: 6579 0711 / 2465

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

04/09/2019 06:28

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA DL Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754219	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 105-RP/1

Profissional(is): LUZIA FAUSTINO ANDRADE CORREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM Nº: 43697938 04/09/2019 às 01:24

DADOS DO PACIENTE
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte	LIQUEMINE SUBCUTANEO AMPL 312.5U SC 2/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 01:24, EM 04/09/2019 POR LUZIA FAUSTINO ANDRADE CORREIRA, COREN/PI 480890IS. (1) ANTAK AMPL 50MG EV 2/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 01:24, EM 04/09/2019 POR LUZIA FAUSTINO ANDRADE CORREIRA, COREN/PI 480890IS. KEFLIN FRAP 1GR EV 3/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 01:24, EM 04/09/2019 POR LUZIA FAUSTINO ANDRADE CORREIRA, COREN/PI 480890IS. NAUSEDRON AMPL 4MG EV 2/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 01:25, EM 04/09/2019 POR LUZIA FAUSTINO ANDRADE CORREIRA, COREN/PI 480890IS. CONCENTRADO DE HEMÁCIAS BLP 1BL EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 01:25, EM 04/09/2019 POR LUZIA FAUSTINO ANDRADE CORREIRA, COREN/PI 480890IS.
--	--

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Dt. Nasc.: 30/01/1972 Atendimento: 61754219 Prontuário: 16904151
 Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 105-RP/1

04/09/2019 06:29

Hora	20:15	
Hora		[2]
Descrição	Instalado CONCENTRADO DE HEMACIAS, tipo A+, de volume 375ml, de validade 24/09/2019, NUMERO DA BOLSA 60522101453, verificado SSVV segue estáveis TAX=37, FC=78, FR=20, SAT=98, PA=110/60.	[2]
Hora	22:00hrs	
Hora		[2]
Descrição	Administrado medicação de horário conforme prescrição médica.	
Hora	00:00hrs	[2]
Hora		[2]
Descrição	Verificado SSVV segue estáveis e administrado medicação de horário conforme prescrição médica.	[2]
Intercomências	00:20hs: Término do CONCENTRADO DE HEMACIAS, retirado bolsa, verificado SSVV TAX=36.9, FC=79, FR=20, SAT=98, PA=110/70.	[2]
Hora	02:00hrs	
Hora		[2]
Descrição	Instalado SORO GLICOSADO 5% 500ml EV 21gts/min, SVD com débito de 1800ml.	[2]
Hora	06:00hrs	
Hora		[2]
Descrição	Verificado SSVV segue estáveis TAX=35.7, FC=80, FR=19, SAT=97%, PA=120/70 e administrado medicação de horário conforme prescrição médica. DUCTO SUCTOR=110ml de secreção sanguinolenta, SVD=2500ml. Paciente evolui estável, sem queixas algicas aos cuidados da equipe.	[2]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

Paciente: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	Dt. Nasc.: 30/01/1972	Atendimento: 61754218	Prontuário: 16904151
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição: 23588743	04/09/2019 às 00:02	
Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 105-RP/1	Enfermeiro(a):	MARCELA SILVA SANCHES
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO			
Profissionais:			
4 - DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA HIGIENE CORPORAL, ORAL, VESTIR-SE			
Relacionado a: MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA			
AUXILIAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/ÍNTIMA	Manhã	Tarde	Noite
ORIENTAÇÃO DE CUIDADOS COM DRENOS	Manhã	Tarde	Noite
7 - RISCO DE INFECÇÃO			
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
TRAUMATISMO			
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã	Tarde	Noite
9 - DOR AGUDA/CRÔNICA			
Relacionado a: REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR			
REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Manhã	Tarde	Noite
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite
10 - PADRÃO DO SONO PREJUDICADO			
Relacionado a: AMBIENTE PARA O SONO DESCONFORTÁVEL			
IDENTIFICAR HÁBITOS DE SONO E REPOUSO	Manhã	Tarde	Noite
12 - RISCO DE QUEDA			
Relacionado a: DÉFICIT MOTOR			
ORIENTAR A SOLICITAR AJUDA PARA DEAMBULAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Orientar Paciente E Acompanhante Sobre O Risco De Queda	Manhã	Tarde	Noite
14 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			
Relacionado a: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA			
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Manhã	Tarde	Noite
16 - RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO			
Relacionado a: Imobilização Física			
Registrar As Alterações De Pele Do Paciente	Manhã	Tarde	Noite
Mantem Lençóis Limpos E Secos, Sem Dobras Ou Presença De Objetos	Manhã	Tarde	Noite
OFERECER DIETA CONFORME PRESCRIÇÃO	Manhã	Tarde	Noite

Carla Maria de Sousa
COREN: 260.180

Marcela Silva Sanches
Coren: PI 581.923 - ENE

Paciente:	ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA	DT. Nasc.:	30/01/1972	Atendimento:	61754219	Prontuário:	16904151
Convênio:	HAPVIDA TERESINA	Nº Prescrição:	23588796	04/09/2019 às 00:07			
Posto:	POSTO 1A - HRP	Leito:	105-RP/1				
Avaliação:	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA						
Profissionais:	MARCELA SILVA SANCHES COREN-PI 123						
1 - OBSERVAR							
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO		Manhã	Tarde	Noite			
Nível de Consciência		Manhã	Tarde	Noite			
TGU		Manhã	Tarde	Noite			
2 - REALIZAR/REGISTRANDO							
MONITORIZAÇÃO DO DÉBITO URINÁRIO		Manhã	Tarde	Noite			
4 - MANTER							
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL		Manhã	Tarde	Noite			
6 - SUPERVISIONAR							
ACEITAÇÃO DA DIETA		Manhã	Tarde	Noite			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA		Manhã	Tarde	Noite			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							

Marcela Silva Sanches
Coren - PI 551.323 - ENF



Nome completo: Antonio Francisco Machado Vieira Data de nascimento: 30/06/1979 Número do registro hospitalar: 61754219

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 02/09/19 Hora: Unidade de origem: S-R-P-A Unidade de destino: Prato-x / Posto
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Recuperação pós-cirúrgica
Diagnóstico(s): Fract. Femur Direita
Sinais Vitais: PA 90/63 mmHg FC 102 bpm FR 17 rpm T: 36.2 °C
SpO2 99 % Escala de dor 0
Medicamentos em uso
Riscos gerenciados () Não se aplica () Flebite () TEV () LPP () Queda () Outros:
Protocolos gerenciados () Não se aplica () Sepsis () Dor torácica () Outros:
Suporte de oxigênio () Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica
Acessos vasculares () Não () Sim () JCV () JVP () PICC () Port a cath () Outros Periférico
Sondas, drenos, ostomias () Não () Sim Qual?: Dreno de Sucção em F. Oesofágica
Outros dispositivos () Não () Sim Qual?:
Lesão de pele () Não () Sim Local: Estágio:
Curativos () Não () Sim Qual produto?:
Precaução () Não () Sim () Contato () Aerossóis () Gotículas
Motorização () Não () Sim Qual?:
Nível de consciência () Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso
Locomoção () Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado
Transporte utilizado () Cadeira de rodas () Maca () Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes () Não () Sim () HAS () DM () AVC () DPOC () Outros:
Alergias () Não () Sim Qual?:
Procedimentos realizados () Não () Sim Qual?: Fract. Femur Direita Data: 02/09/19
Valores, crenças, barreiras () Não () Sim Qual?:

AValiação

A Registrar dados relevantes das últimas 24 horas
Anestesia: Raquie + Sedação

RECOMENDAÇÕES

R Recomendações especiais e pendências
() Não () Sim Qual(s):
Exames Pendentes: Prato - X

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem: Leandra 686.847 Antonio Martins Rodrigues COREN-PI 522.407 - FNE
Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino:

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: () Não () Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual:
Conduta Imediata: () Não () Sim Qual:
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim
Sinais Vitais: PA mmHg FC bpm FR rpm T: °C
Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável - Unidade de Origem: Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino:



RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Setor: Centro Cirúrgico

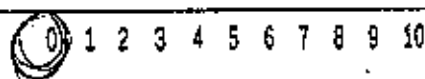
Nome completo: Antonio Francisco MachadoDN: 30-01-1972Data: 02-04-10Nº Prontuário: 169041Hora de admissão na SRPA: 10:30Cirurgia realizada: Ext. Femur Direito

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

SSVV	15'	30'	45'	1h	1h15'	1h30'	2h	2h30'
Temperatura	36.1	36.3	36.3	36.2	36.2			
Pulso	102	98	99	114	98			
FR	17	18	19	17	17			
P.A.	95/60	94/63	91/58	93/59	103/61			
SpO2	100%	99%	99%	99%	100%			
Dor (score)	0	0	0	0	0			
Ass. Téc. Enfermagem	Lizama 686-847							

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR

EAV (ADULTO)



0 sem dor 1-3 dor leve 4-6 dor moderada 7-9 dor intensa 10 dor insuportável

FACES (CRIANÇA)



0 nenhuma dor 1 pouca dor 2 um pouco mais dor 3 Tem ainda mais dor 4 Tem muita dor 5 Tem dor máxima

OBS: Alta da SRPA se SCORE dados ≤ 3

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA

Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
ATIVIDADE		CIRCULAÇÃO (PA)		CONSCIÊNCIA		RESPIRAÇÃO		SpO2	
Move 4 membros	2	+20% nível pré anestésico	2	Completamente acordado	2	Profunda tosse	2	>92% em ar ambiente	2
Move 2 membros Move 0 membros	1	+20% e 40% nível pré anestésico	1	Despertando ao chamado	1	Unidade, discreta	1	>90% com O2	1
Move 0 membros	0	+50% nível pré anestésico	0	Não responde ao chamado	0	Apnéia	0	<90% com O2	0

Score Admissão: 09Score Alta: 30Hora da alta na SRPA: 00:00Encaminhado: ☒ Unidade Intensiva ☐ Residência

Ass. e carimbo do anestesiológico

Ass. e carimbo do enfermeiro da SRPA

**Hospital**
Rio Poty**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**
POSTO COLETA PAC INTERNO - HRP

Nº Pedido: 32790066

Data: 03-09-2019 18:04

Pag: 1 de 1

Paciente....: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA Sexo: M Nasc: 30-01-1972
 RG.....: 1268807 SSP PI Conv.: HAPVIDA TERESINA NºConv: 81111001162007018
 Endereço....: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR Tel.: 8695066561
 Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES BRITO 1A - HRP LBITO 105-RP - 1841A0

Exame.....: HEMOGRAMA COMPLETO COM REVISAO DE LAMINAS Coleta: 03/09/2019 18:04
 Método.....: AUTOMAÇÃO Liberação: 03/09/2019 18:33

Valores Obtidos			Valores de Referência	
			Homens	Mulheres
HEMÁCIAS.....	3,01 Milhões/uL		4,4 a 6,6	4,2 a 5,4 Milhões/uL
HEMOGLOBINA.....	8,8 g/dL		13 a 18	12 a 16 g/dL
HEMATÓCRITO.....	24,2 %		39 a 54	37 a 48%
VOL. CORPUSCULAR MÉDIO:	80,4 fL		76 a 96	76 a 96 fL
HB. CORPUSCULAR MÉDIA...	29,2 pg		27 a 33	27 a 33 pg
CONC. HB. CORP. MÉDIA...	36,4 g/dL		32 a 36	32 a 36 g/dL
R.D.W.....	13,2 %		11,0 a 16,0	11,0 a 16,0
LEUCÓCITOS.....	6.220 /uL		2 a 8 meses:	10.000 a 16.000/uL
			7 a 12 meses:	6.500 a 13.000/uL
			1 a 14 anos :	5.000 a 10.000/uL
			Adulto :	4.000 a 10.000/uL
	(%) (uL)		Normal (%)	Normal (uL)
NEUTRÓFILOS.....	84 5.225		54 a 67	2.160 a 6.700
PROMIELÓCITOS.....	0 0		0	0
MIELÓCITOS.....	0 0		0	0
METAMIELÓCITOS.....	0 0		0 a 1	0 a 100
BASTÕES.....	2 124		0 a 4	0 a 400
SEGMENTADOS.....	82 5.100		54 a 62	2.160 a 6.200
EOSINÓFILOS.....	0 0		1 a 5	40 a 500
BASÓFILOS.....	0 0		0 a 2	0 a 200
LINFÓCITOS.....	12 746		20 a 36	800 a 3.600
MONÓCITOS.....	4 249		3 a 10	120 a 1.000
BLASTOS.....	0 0			
CONTAGEM DE PLAQUETAS...	130.000 /uL			140.000 a 500.000
HIPOCROMIA DISCRETA.				
LINFÓCITOS SEM ATIPIAS.				
TROMBOCITOPENIA DISCRETA.				
NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS.				

Dr. Milene Santos Carvalho
 Biomedica CRM - 4798

Controle de Hemotransusão

Data: 03/09/19
Leito: 108
Paciente: Antonio Francisco Machado Vieira
Idade: 47
Data de nascimento: 30/05/1972
Nome da mae: _____

Hemoderivado: CH
Número da bolsa: 60522303453
Tipo sanguíneo: A+
volume da bolsa: 375ml
Data de validade da bolsa: 24/09/2019

Hora
Início: 20:35
Término: 00:20
Etiqueta:

Início
PA: 130 x 60
TAX: 37.0
RESP: 20
PULSO: 78

15 minutos
PA: 130 x 80
TAX: 37.1
RESP: 20
PULSO: 77

Observações adicionais:

Responsável pela administração: _____

BOLSAS DISTRIBUÍDAS PARA PACIENTE

Data: 02/09/2019

Solicitação: 094355

Data da Solicitação: 02/09/2019

RECEPTOR

Nome: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIERA

Nº da RT:

Dt. Nasc.: 30/01/1972

EXAMES DO RECEPTOR

Grupo Abo Rh A (+) Coombs Direto - Mono:

Poll:

Prontuário: 18904151

Leito: 04

P.A.I. N Ident. de Anticorpos:

Enfermaria: Apto.

LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº da Bolsa	Nº do SUS	Hemocom- ponente	Grupo ABO Rh	P.A.I.	Prova Cruzada		Teste Hemólise	Volume	P. Cruzada (GEL)
					TA	AGH			
60522101453		CH	A(+)	N		C	N	375 ml	C

Reação.....:

Data/Hora Início.....: 20:35

Data/Hora Fim.....:

Unidade Solicitante: HOSPITAL HAPVIDA

60522101479		CH	A(+)	N		C	N	325 ml	C
-------------	--	----	------	---	--	---	---	--------	---

Reação.....:

Data/Hora Início.....: 22:55

Data/Hora Fim.....: 00:50

Unidade Solicitante: HOSPITAL HAPVIDA

60522101479 COLETA EXTERNA

60522101453 COLETA EXTERNA

Responsável:

Antonia Machado

Paciente...: 16904151 ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Nascimento...: 30/01/1972 Sexo: M RG.: 1268807 SSP PI CPF.: 71980423334

Endereço...: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE Tel.: 8695066561

Convenio...: HAPVIDA TERESINA

Matricula...: 81111001162007018

Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES

Queixa Principal:

ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO

Exame:

RX COLUNA CERVICAL:A.P.-LAT-T.O. OU FLEXAO



6173695236

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Textura óssea conservada.

Alinhamento adequado do segmento.

Altura e morfologia normal dos corpos vertebrais.

Espaços discais mantidos.

Articulações unco-vertebrais e inter-apofisárias sem alterações.

Ausência de costela cervical.

IMPRESSÃO:

Estudo radiológico da coluna cervical dentro da normalidade.

ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI



A.N. 01159915230
TAX: 22257446
411.0
3070 x 1570

DISPITAL RIO DE JANEIRO
02/09/2009
10:00:29
ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
0177.0.1000111
New: 20/01/1077



D



ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
01/01/2010
01/01/2010

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
01/01/2010
01/01/2010





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM,
RAIOX - HRP
NºPedido: 32757446

Data 02/09/2019
Pag 1 de 8

Paciente...: 16904151 ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
Nascimento...: 30/01/1972 Sexo: M RG.: 1268807 SSP PI CPF.: 71980423334
Endereco...: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE Tel.: 8695066561
Convenio...: HAPVIDA TERESINA
Matricula...: 81111001162007018
Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES

Queixa Principal:

ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO

Exame:

RX PE OU PODODACTILOS DIREITO



6173695231

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Ossos de textura e densidade normais.
Extremidades ósseas e interlinhas articulares preservadas.
Partes moles inalteradas.
Ausência de sinais de fraturas nas incidências obtidas.

IMPRESSÃO:

Estudo radiológico dos ossos dentro da normalidade.

ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI



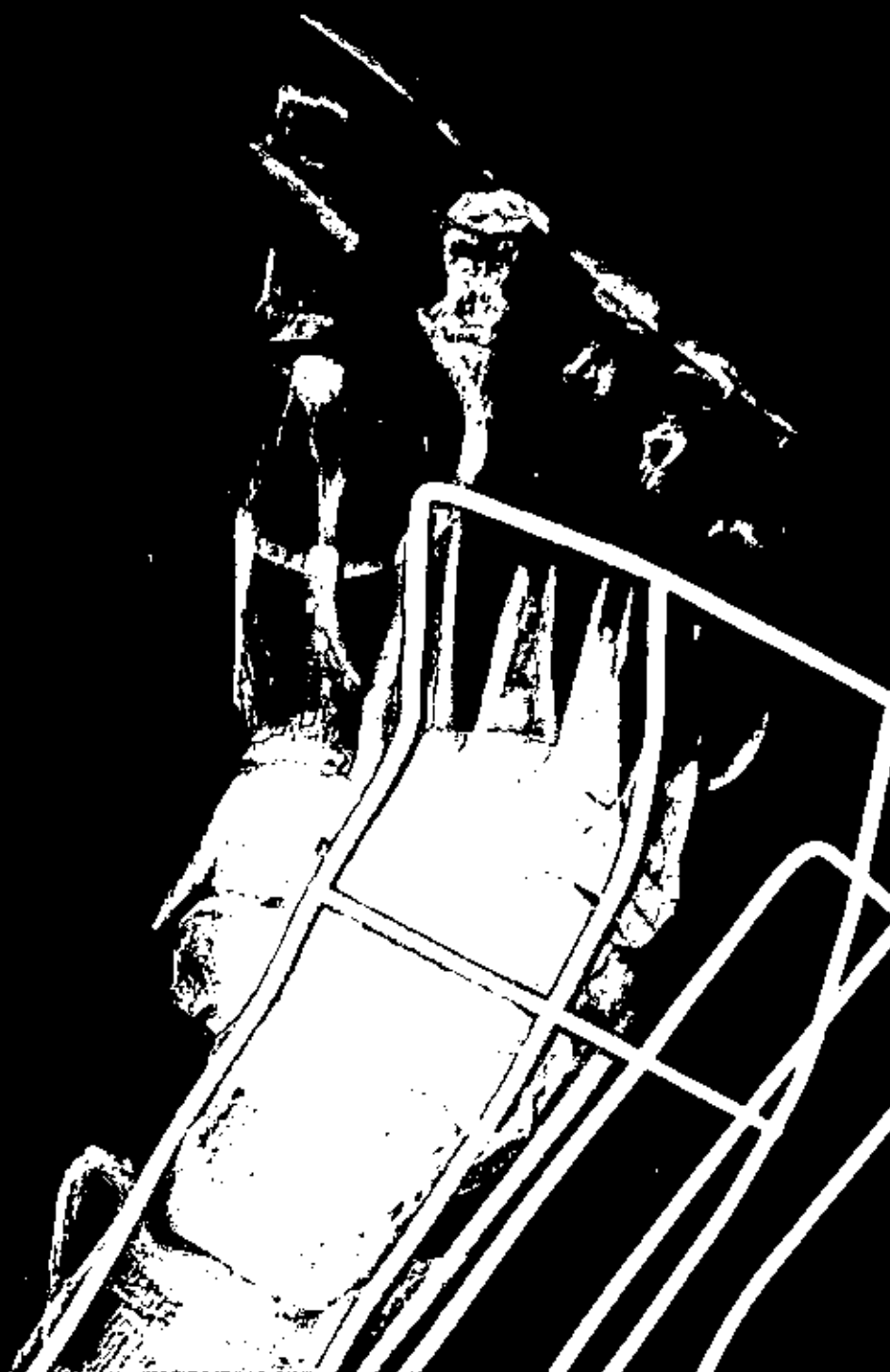
A-4: 01/09/2011
1. 2011/09/01
10W 1.00
10763 1374

01/09/2011 10:00:00 10763 1374

01/09/2011 10:00:00 10763 1374
01/09/2011 10:00:00 10763 1374
01/09/2011 10:00:00 10763 1374
01/09/2011 10:00:00 10763 1374

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
01/09/2011 10:00:00 10763 1374
01/09/2011 10:00:00 10763 1374

D





ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
02/04/2014
10:00:00
Luz e som

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
02/04/2014
10:00:00
Luz e som

D



P

O



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HRP

Nº Pedido: 32757446

Data 02/09/2019

Pag 5 de 8

Paciente...: 16904151 ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Nascimento...: 30/01/1972 Sexo: M RG.: 1268807 SSP PI CPF.: 71980423334

Endereço...: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE Tel.: 8695066561

Convenio...: HAPVIDA TERESINA

Matricula...: 81111001162007018

Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES

Queixa Principal:

ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) DIREITA



6173695235

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Ossos de textura e densidade normais.

Extremidades ósseas e interlinhas articulares preservadas.

Partes moles inalteradas.

Ausência de sinais de fraturas nas incidências obtidas.

IMPRESSÃO:

Estudo radiológico dos ossos dentro da normalidade.

ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI

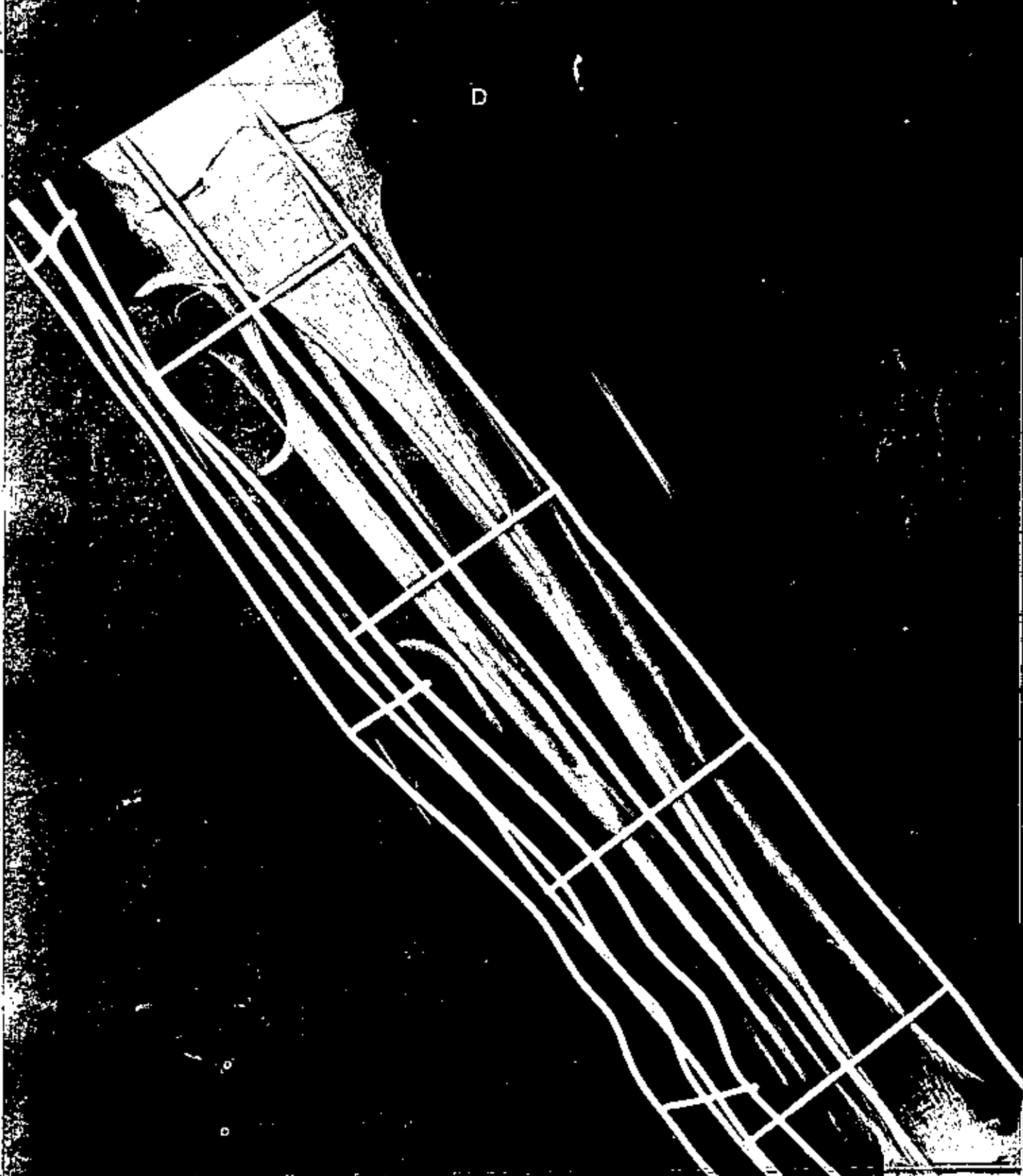


PIXEON ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

3/3
PIXPRINTCLIENT01

File: 01270002729
1-1-2023/24/0
LOW 1.3 M
2145 1.140

01/09/2023
07/09/2023
09/01/20
ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
01/09/2023
Nº: 000111072



Paciente...: 16904151 ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Nascimento...: 30/01/1972 Sexo: M RG.: 1268807 SSP PI CPF.: 71980423334

Endereço...: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE Tel.: 8695066561

Convenio...: HAPVIDA TERESINA

Matricula...: 81111001162007018

Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES

Queixa Principal:

ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA DIREITA



6173695232

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Ossos de textura e densidade normais.

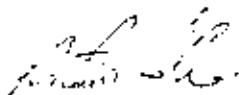
Extremidades ósseas e interlinhas articulares preservadas.

Partes moles inalteradas.

Ausência de sinais de fraturas nas incidências obtidas.

IMPRESSÃO:

Estudo radiológico dos ossos dentro da normalidade.



ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI



PIXEON ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

5/5
PIXPRINTCLIENT01

AHL 0471045223
P. 07/05/2020
LOW 1.37M
07/05/2020

PIXPRINT 010-010
07/05/2020
01 52 01
ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
0-147 W. 01400131
Rep: 2020/1/14/22



D

Paciente...: 16904151 ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
Nascimento...: 30/01/1972 Sexo: M RG.: 1268807 SSP PI CPF.: 71980423334
Endereço...: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE Tel.: 8695066561
Convenio...: HAPVIDA TERESINA
Matricula...: 81111001162007018
Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES

Queixa Principal:

ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS DIREITO



6173695234

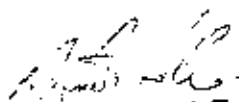
RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Ossos de textura e densidade normais.
Extremidades ósseas e interlinhas articulares preservadas.
Partes moles inalteradas.
Ausência de sinais de fraturas nas incidências obtidas.

IMPRESSÃO:

Estudo radiológico dos ossos dentro da normalidade.



ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI



PIXEON ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

2/5
PIXPRINTCLIENT01

A No: 04/2009/2014
E: 27/03/2014
UP: 4.5M
23/03/2014

HOSPITAL P.H. P.H.
02/09/2010
00:30:00
ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
01/03/2014
new: 20/03/2014

D



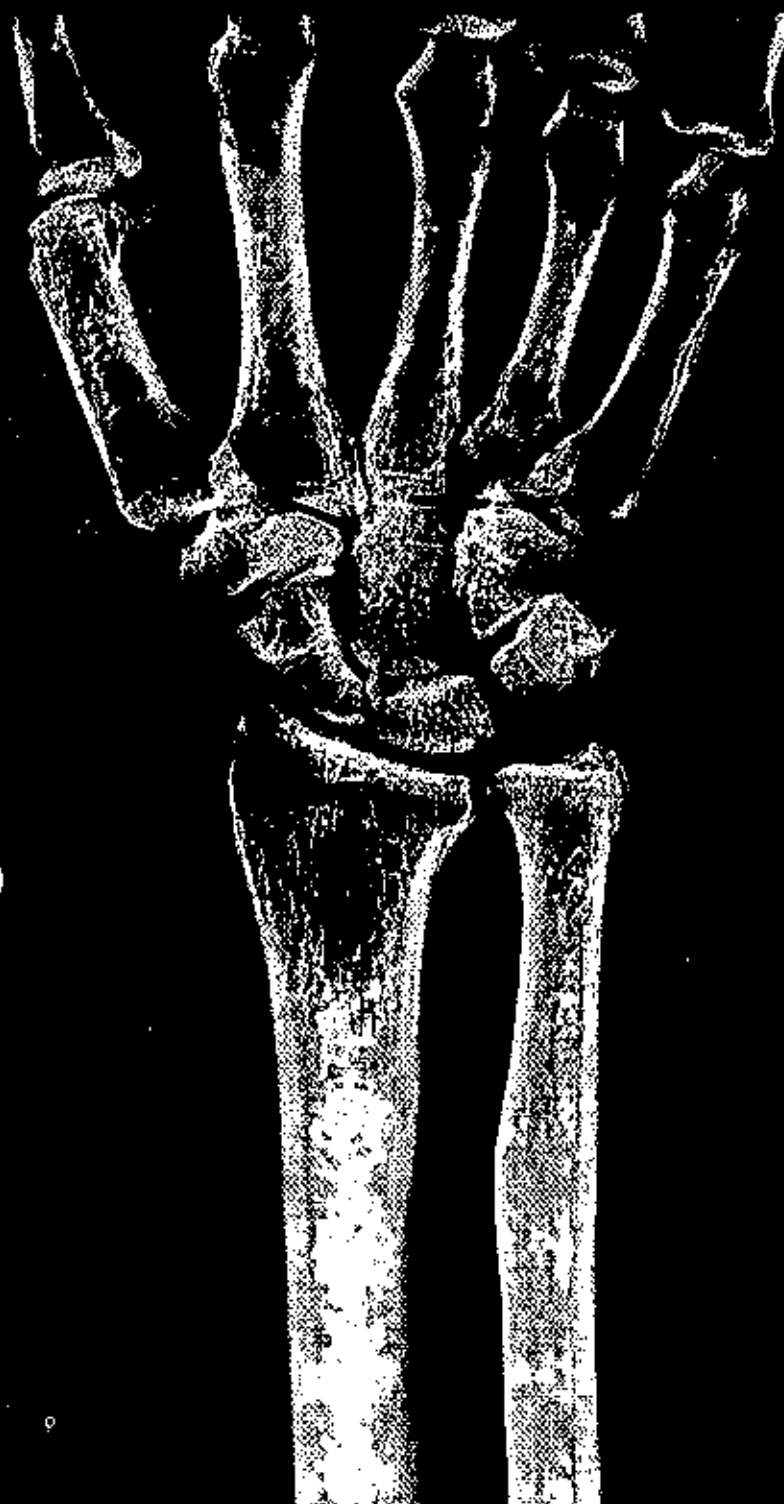
W: 1024x1024

100.00%



1/5
PIXPRINTCLIENT01

600 6123843230
141 39750440
100 PRV
2300 x 1770



D



Hospital
Rio Poty

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HRP

NºPedido: 32757446

Data 02/09/2019

Pag 3 de 8

Paciente...: 16904151 ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Nascimento...: 30/01/1972 Sexo: M RG.: 1268807 SSP PI CPF.: 71980423334

Endereco...: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE Tel.: 8695066561

Convenio...: HAPVIDA TERESINA

Matricula...: 81111001162007018

Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES

Queixa Principal:

ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO



6173695233

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Ossos de textura e densidade normais.

Extremidades ósseas e interlinhas articulares preservadas.

Partes moles inalteradas.

IMPRESSÃO:

Estudo radiológico do joelho dentro da normalidade.

ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI



01-01-2014 10:00:00
100% 100%
100% 100%
100% 100%

01-01-2014 10:00:00
01-01-2014 10:00:00
01-01-2014 10:00:00
01-01-2014 10:00:00



Paciente...: 16904151 ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
Nascimento...: 30/01/1972 Sexo: M RG.: 1268807 SSP PI CPF.: 71980423334
Endereço...: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE Tel.: 8695066561
Convenio...: HAPVIDA TERESINA
Matricula...: 81111001162007018
Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES

Queixa Principal:

ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO

Exame:

RX COXA DIREITA

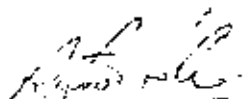


6173695237

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Fratura completa cominutiva da diáfise proximal do fêmur com desalinhamento de seus fragmentos.
Demais ossos de textura e densidade normais.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles aumentadas.



ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI

Paciente...: 16904161 ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
Nascimento...: 30/01/1972 Sexo: M RG.: 1268807 SSP PI CPF.: 71980423334
Endereço...: R RUA 03 - CASA 19 - QUARA L - RESIDENCIAL DOM AVELAR 19 VALE Tel.: 8695066561
Convenio...: HAPVIDA TERESINA
Matricula...: 81111001162007018
Solicitante: Dr(a) RENAN DELANO GOMES

Queixa Principal:

ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO

Exame:

RX ARTICULACAO COXO-FEMURAL DIREITA



6173695238

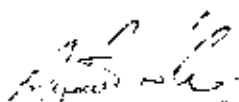
RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

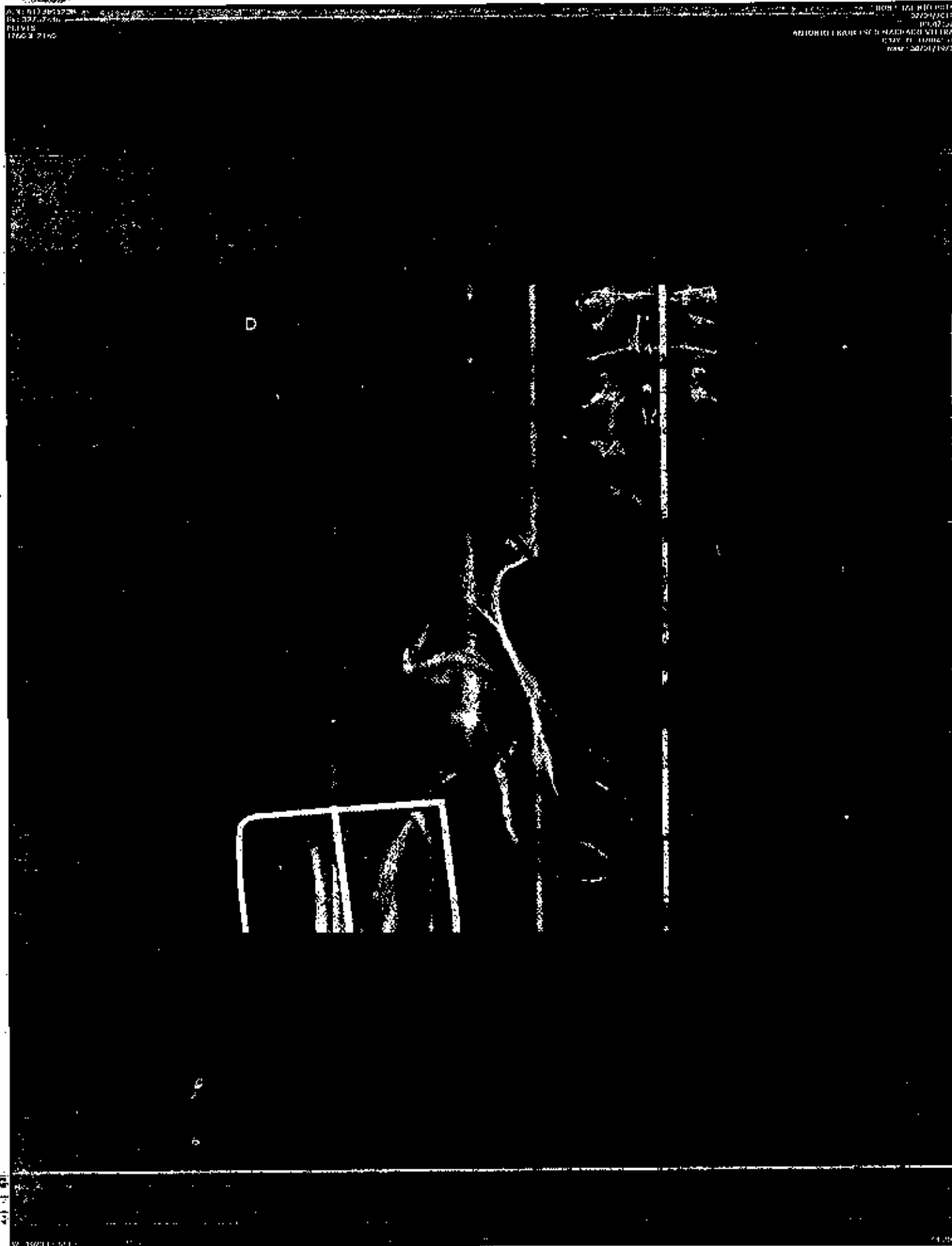
Estruturas ósseas conservadas.
Fenda articular sem alterações.

IMPRESSÃO:

Estudo radiológico da articulação coxo-femoral dentro da normalidade.



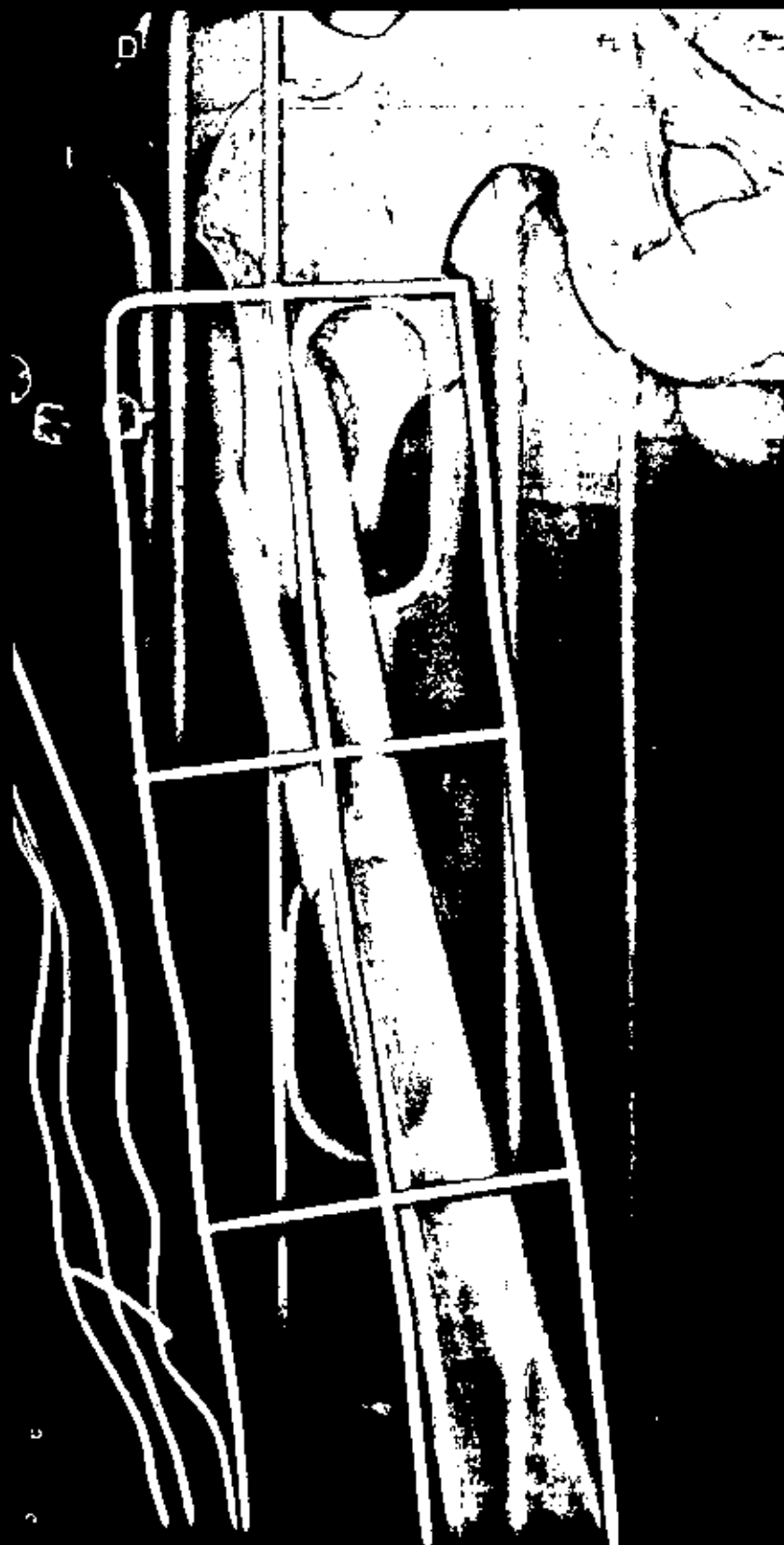
ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI





ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
RUA 100 N 1000
7100-000

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
RUA 100 N 1000
7100-000





Sr(a). ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/09/2019
BO PRF 19047436B01

HD=FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR D

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR D

EF=DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL +
JOELHO D
ATROFIA + FORÇA MUSCULAR DIMINUIDA EM MID

RX COXA D =FRATURA SUBTROCANTERICA DE
FEMUR D

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM MID

Teresina 07 de Fevereiro de 2020

GRUPO DE ATENDIMENTO
DE SAÚDE DA FAMÍLIA - GAFAM
RUA 2021-2-1-01

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
RUA 2021-2-1-01
RUA 2021-2-1-01

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-ES 3204
TEDY 8050
Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI
RUA 2021-2-1-01
RUA 2021-2-1-01
RUA 2021-2-1-01



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Antonio Francisco Machado Vieira
0810240

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.268.807 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/11/14

NOME ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

FILIAÇÃO MARIA MACHADO VIEIRA

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 30/01/1972

DOC. ORDEM CERT. CASAM. 14527-L B39 F 130V

EXP TERESINA-PI 15/08/00

CPF 719.804.233-34

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.110 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: ANTONIO FRANCISCO WACHADO VIEIRA
Data do Acidente: 02-08-19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 719.804.233-34

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): ANTONIO F. W. WACHADO VIEIRA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 719.804.233-34
E-mail: francisco30172@gmail.com Tel.: 86199506-6561
Data: 12/11/19 Assinatura: Antonio Francisco Wachado Vieira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente:
Data: Assinatura: Edmar Teixeira de Carvalho Matrícula: Mal. 83774556

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410886/19

Número do Sinistro: 3190651693

Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

CPF: 719.804.233-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO
MACHADO VIEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020

Nome: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

CPF: 719.804.233-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020

Nome: Rodrigo Lopes Pacheco

CPF: 127.603.687-69

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Rodrigo Lopes Pacheco

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 2189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 551 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190651693**

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **Antonio Francisco Machado Vieira**

CPF do beneficiário: **419 804 233 - 34**

Nome do solicitante: **Antonio Francisco Machado Vieira**

CPF do solicitante: **419 804 233 - 34**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(86) 93843-6923**
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IMIL

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho através desta solicitar a seguradora Líder, reanálise no meu processo de indenização tendo em vista o valor recebido não está condizente com a lesão. Hoje tenho dificuldades em me locomover e realizar outras atividades devido a esta sequela. Portanto, peço que a Seguradora Líder reveja meus casos e realize um pagamento mais justo. Vou enciando um laudo médico em anexo que constata a lesão com mais detalhes.

Teresina, 19/02/2020

Local e Data

Antonio Francisco Machado Vieira
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (e seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651693 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO (ADM 30), EXTENSÃO(ADM 20), ABDUÇÃO (ADM 20)E ADUÇÃO (ADM 20) DO QUADRIL DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM 01.2020

Sequelae permanentes: Limitação funcional do quadril direito

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 08/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651693 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO (ADM 30), EXTENSÃO(ADM 20), ABDUÇÃO (ADM 20)E ADUÇÃO (ADM 20) DO QUADRIL DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM 01.2020

Sequelae permanentes: Limitação funcional do quadril direito

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 08/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651693 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 16

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ 1 SEGURADO JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM 50% (GRAU MÉDIO), PERTINENTE A DEBILIDADE FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO. SOLICITADO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER SE HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO JÁ INDENIZADA.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651693 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651693 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651693 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 16

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ 1 SEGURADO JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM 50% (GRAU MÉDIO), PERTINENTE A DEBILIDADE FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO. SOLICITADO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER SE HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO JÁ INDENIZADA.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410886/19

Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

CPF: 719.804.233-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA : 719.804.233-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019
Nome: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
CPF: 719.804.233-34

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410886/19

Número do Sinistro: 3190651693

Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

CPF: 719.804.233-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020

Nome: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

CPF: 719.804.233-34

ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020

Nome: Rodrigo Lopes Pacheco

CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410886/19

Número do Sinistro: 3190651693

Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

CPF: 719.804.233-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO
MACHADO VIEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190651693 Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Data do Acidente: 02/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
-----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651693

Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO MACHADO 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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651693

Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO MACHADO 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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000044552-4

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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651693

Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651693

Vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190651693**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Residencial Dom Avelar, 19 - Teresina - PI - CEP 64057-560

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1268807**

Data e local do acidente: [**02/09/2019**] **BR 343 KM 4 TERESINA PI**

Data e local do exame: [**17/03/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO (ADM 30), EXTENSÃO(ADM 20), ABDUÇÃO (ADM 20)E ADUÇÃO (ADM 20) DO QUADRIL DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM 01.2020

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do quadril direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 08/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.



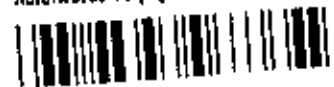
Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒



Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 719.804.233-34 Nome completo da vítima: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA CPF: 719.804.233-34
Profissão: ZELADOR Endereço: RUA TRÊS DE JULHO 19 RESID. DOM AVELAR Número: 19 Complemento: _____
Bairro: VALE QUEM TEM Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64057-560
E-mail: FranCisCo30172@gmail.com Tel. (DDD): (86) 99506-6561

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 44552 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: TERESINA, 12 DE NOVEMBRO 2019
Nome: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA
CPF: 719.804.233-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu)
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

3



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

Boletim de ocorrência



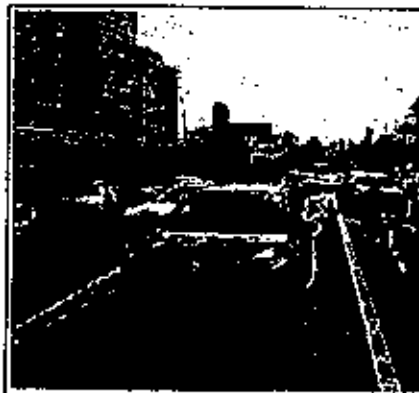
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 02/09/2019 Hora: 08:10 Município: TERESINA/PI
BR: 343 KM: 4,8 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: FRANCISCO PEREIRA, 1183798

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Sol	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 02/09/2019, às 08:10h, em TERESINA/PI, no km 4 da BR 343, ocorreu um acidente do tipo colisão traseira. Através dos vestígios encontrados no local, verificou-se que o automóvel FIAT SIENA EL 1.4 FLEX, de placas PIH-1917-PI, por não guardar distância de segurança, colidiu na traseira da moto HONDA/CG 150 START, placa PIN - 0471-PI, onde a mesma foi projetada para frente e colidiu na traseira do automóvel CITROEN/C4 CACTUS FEEL A de placas QRT - 5521 - PI. Os veículos envolvidos ficaram parados sobre a pista após a colisão.



Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Policial Rodoviário Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 0.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novotxt/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A36035BEE0CD1A98B22D63D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA

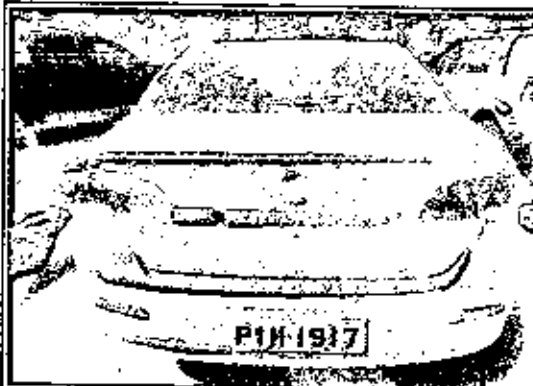


IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183799, Policial Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A36035BCE9CD1A9BB22D63D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT SIENA EL 1.4 FLEX
Nome do Agente: FRANCISCO PEREIRA

Placa: PIH1917
Matrícula do Agente: 1183798

Nº BOAT: 19047436B01
Data: 02/09/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Polícia Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º da Lei 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A36035BEE0CD1A9B822D63D53AC.

191

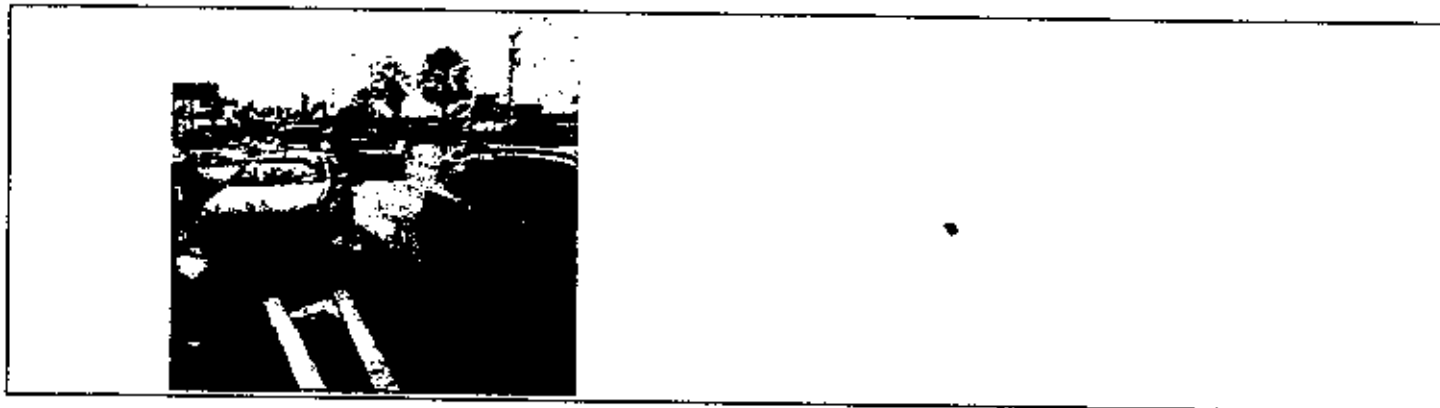


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - PIH1917 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: PIH1917 Marca/modelo: I/FIAT SIENA EL 1.4 FLEX

Ano fabricação: 2015 Chassi: BAP37217MF6127377

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01061947111

Tipo de veículo: Automóvel

Cor: Prata



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Polícia Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º da art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotab/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A36035BEE0CD1A9BB22D63D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

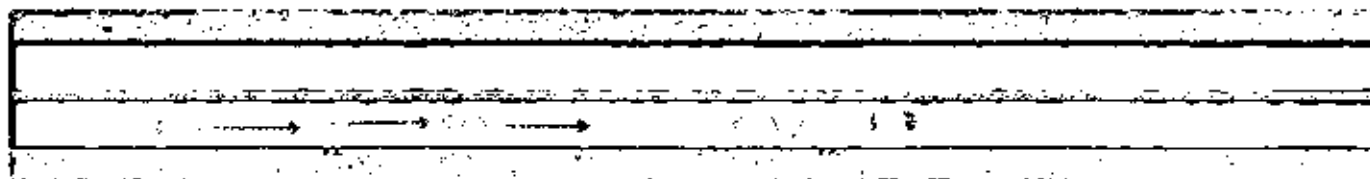


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



ALTOS - PI

TERESINA - PI

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipos de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Distância (m)	Desvio (m)	Arrebitamento (m)
--------	---------	---------------	------------	-------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Unidade de Apoio	Suporte	Compartilhamento
------------------	---------	------------------



Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Polícia Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b da inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobas/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A36035BE0CD1A9BB27D63D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

V1 - Proprietário

Nome: LUZILEIDE CRISTINA DA SILVA FERNANDES

CPF/CNPJ: 491.554.151-72

Email:

Telefone:

Endereço: TERESINA-PI

V1C - CONDUTOR DE V1 - LUZILEIDE CRISTINA DA SILVA FERNANDES

V1C - Informações

Nome: LUZILEIDE CRISTINA DA SILVA FERNANDES

Data de Nascimento: 26/01/1971

CPF: 491.554.151-72

Estado civil: Viúvo(a)

Sexo: Feminino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B

Primeira habilitação: 15/07/2010

Nº Registro: 04984943743

UF: PI

Vencimento da habilitação: 20/11/2019

Motorista profissional: Não

Observações CNH: A

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA JOSE JOAQUIM SANTANA, CJ MARINA QD-B CS-11, MORADA DO SOL, TERESINA-PI

Telefone: 86 - 988487155 / 998490220

Email: c.raulino@yahoo.com

V2 - VEÍCULO 2 - PIN0471 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: PIN0471 Marca/modelo: HONDA/CG150 START

Renavam: 01077092137

Ano fabricação: 2016 Chassi: 9C2KC1670FR556617

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Polícia Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pt.gov.br/novobol/nutunilicr>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A36035BEED0CD1A9B822D63D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG150 START

Placa: PIN0471

Nº BOAT: 19047436B01

Nome do Agente: FRANCISCO PEREIRA

Matrícula do Agente: 1183798

Data: 02/09/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (trilções)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Policial Rodoviário Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A360358EE0CD1A9BB27D63D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

V2 - Proprietário

Nome: ANDRIENNY SANTANA DA SILVA

CPF/CNPJ: 051.024.853-50

Email:

Telefone:

Endereço: TERESINA-PI

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

V2C - Informações

Nome: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

Data de Nascimento: 30/01/1972

CPF: 719.804.233-34

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 26/01/2017

Nº Registro: 06784003286

UF: PI

Vencimento da habilitação: 22/02/2022

Motorista profissional: Não

Observações CNH: A

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA TRES, 19, RES. DOM AVELAR, NOVO URUGUAI, TERESINA-PI

Telefone: 86 994514521/995638160

Email:

V3 - VEÍCULO 3 - QRT5521 - AUTOMÓVEL

V3 - Informações

Placa: QRT5521 Marca/modelo: CITROEN/C4CACTUS FEEL A

Renavam: 01187888408

Ano fabricação: 2019 Chassi: 9350WNFNKYB528631

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Cinza

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Polícia Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.206-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A36035BEE0CD1A98B22063D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

V3 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V3 / CITROEN/C4CACTUS FEEL A

Placa: QRT5521

Nº BOAT: 19047436B01

Nome do Agente: FRANCISCO PEREIRA

Matrícula do Agente: 1183798

Data: 02/09/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Polícia Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de Agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movetuf/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A360358EEDCD1A9BB22D63D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

V3 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Polícia Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A36035BEE0C01A9BB27D63D53AC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19047436B01

V3 - Proprietário

Nome: MARLUCE CARVALHO ALMEIDA
Email:
Endereço: TERESINA-PI

CPF/CNPJ: 323.518.283-72
Telefone:

V3C - CONDUTOR DE V3 - MARLUCE CARVALHO ALMEIDA

V3C - Informações

Nome: MARLUCE CARVALHO ALMEIDA
CPF: 323.518.283-72
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 02/05/1968
Estado civil: Divorciado(a)
Estado físico: Ileso

V3C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: PI
Observações CNH: D F

Primeira habilitação: 01/10/1986
Vencimento da habilitação: 17/10/2023

Nº Registro: 04379627411
Motorista profissional: Não

V3C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V3C - Dados do Contato

Endereço: RUA BENIGNO REGO LEMOS, 3171, ININGA, TERESINA-PI
Telefone: 86 999472372 / 999154864

Email: marluce.carvalhoalmeida@gmail.com



Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO PEREIRA, matrícula 1183798, Polícia Rodoviária Federal, em 02/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 16 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/normas/autenticar>, informando o protocolo 19047436B01 e o número de controle F92A360356EE0CD1A9BB22D63D53AC.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3190651693

3 - CPF da vítima:

719804233-34

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Francisco Machado Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

Antonio Francisco Machado Vieira

6 - CPF:

719804233-34

7 - Profissão:

Zelador

8 - Endereço:

Rua 03 Ad-6

9 - Número:

19

10 - Complemento:

11 - Bairro:

W. Avelar

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64057-560

15 - e-mail:

(86)98848-6923

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 (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1606

☐

CONTA: 44552

☐

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (ou nascidos)?

☐ 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 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina, 30/12/2019

Antonio Francisco Machado Vieira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 14/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO MACHADO VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000044552-4

Nr. da Autenticação E646C845BF0C5741



AGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.257.474/0001-06 - 11.189.955/0001-00
Av. Prof. Camilo Mello, 1.050, Bairro da Saúde - CEP 64000-000, TERESINA - PI
Telefone: (0800) 223.3000 ou 115 / (86) 08124-3199

TE 1.28
281108711028

MATRÍCULA

22874574-1

EXTURA Nº

152472082

MÊS/ANO

8/2019

ROBZ/ENDEREÇO
MORADOR **ANTONIO FRANCISCO M VIEIRA**
RUA TRES RESID DOM AVELAR, 0---1-CASA-019-NOVO
URUGUAI-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO **004-00025-007765** GRUPO **004** NÚMERO DO HIDRÔMETRO **Y175988615**

HISTÓRICO DE CONSUMO

DATA	CONSUMO	VALOR
08/2019	11	11
07/2019	12	12
06/2019	10	10
05/2019	11	11
04/2019	11	11
03/2019	11	11
02/2019	11	11

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS Nº **13**

LEITURA ANTERIOR **05/07/2019 136**
LEITURA ATUAL **07/08/2019 154**

VALOR DE SERVIÇOS
PIS. PASEP **77,0541.45% = 1,27**
COTENS **77,0541.68% = 5,05**

TABELA DE TÁRIFAS

RESIDENCIAL	QUADA DE CONSUMO (M3) E (R\$)
10	25 5,1128 80
25	999999 9,8610 99

VALOR REFERENTE ÁGUA - **76,36**

Residencial - Normal
Juros por atraso **07/2019 0,62**
Multa por atraso **07/2019 0,68**

NÃO RESIDENCIAL
TABELA DE CONSUMO (M3) E (R\$)

VENCIAMENTO **19/08/2019** TOTAL A PAGAR **77,06**

REQUERIMENTOS / ANEXAMENTOS

SEU AMIGO DO NOSSO LEITURISTA,
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.3234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MP/L	VALOR PERMITIDO
TIPO LIVRE	2561	2538	23	4,35	0,2-5,0 mg/L
CONDUTIVIDADE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
pH	2879	2642	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDIDADE	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5
COR FORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.3234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	NOTA / RES	VALOR PERMITIDO
PRESENÇA DE COU	1027	1025	2	Ausente	Ausente
	1027	1027	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO **07/08/2019** HORA DA EMISSÃO **11:03**