

Control de documentos x Audiências x Upload x PJ Consultas processos - Pro x PJ 0800015-71.2020.8.18.01 x Combine arquivos PDF x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=437750&ca=884074c8cfe18e94228bed10abc6466994f...

Apps Processo Virtual Na... Administrativo Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0800015-71.2020.8.18.0061
RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO ...

10556474 - CONTESTAÇÃO (2730596 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 01/07/2020 08:37:31

01 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10556473 - CONTESTAÇÃO
 - 10556474 - CONTESTAÇÃO (2730596 CONTESTACAO 01)
 - 10556479 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10556483 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10556485 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 10556486 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

08:37

16 Jun 2020

Microsoft Word - 2730596_CONTESTACAO 1 / 11

2730596- CS/ 2020-02390/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MIGUEL ALVES/PI

PT 08:38 01/07/2020



01/07/2020

Número: **0800015-71.2020.8.18.0061**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Miguel Alves**

Última distribuição : **30/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS (AUTOR)		ANA MARIA SALES DE CASTRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10556479	01/07/2020 08:37	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 20201700-0341 Nº 012713583405
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 252758641 EXERCÍCIO 2017

NOME: WALBER JOSE PEREIRA FILHO

PLACA: 00741709376 CNIT: 1575

CHASSI: 8AD3CN6B1BG001968

ESPECIE TIPO: PAS/AUTOMÓVEL/SENHORA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

ANFAB: 2010 ANO MOD: 2014

CAR/POT/CIL: 005P/113CV CATEGORIA: PARTIC COR/PREDOMINANTE: PRATA

COTA UNICA: 1.ª IPUA 2.ª 3.ª PAQU

PREMIO TARIFARIO (R\$): 28,66 CUSTO DO SEGURO (R\$): 31,84

PREMIO TOTAL (R\$): 60,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/25/2017

SEM RESTRICÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO

TERESINA 07/6/2017

PI Nº 012713583405 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 9/4/2017

VIA 1 252758641 CNIT 1575

PLACA 00741709376

CHASSI 8AD3CN6B1BG001968

PREMIO TARIFARIO 28,66

CUSTO DO SEGURO 31,84

CUSTO DO BILHETE 4,15

DATA DE OUTAÇÃO 02/06/2017

SEGURADORA LIDER DPVAT

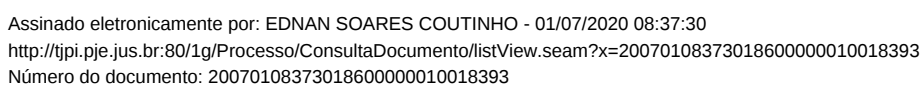
CNPJ 09.245.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DUT



Documentos de Identificación





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

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		
Mãe:	RENEDITA MENDES COELHO		
Pai:	DOMINGOS GOMES COELHO		
End. Resid.:	RUA COSMICO 3281 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	11/04/1991	Idade:	26a:10m:22d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99813-9902
Responsável:	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		
CNS:	708704153862790		
Profissão:			
G. Instrução:	Médico Completo		
CPF:	033.590.543-93 + RG: -		
E. Civil:	Solteiro(a)		
End. Local:			

Documentação médica - hospitalar

Inp: 02/02/2018 02:25:07

Direct: MARCELO
Instação: PRONTO-SOCORRO

Prontuário: 466986

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	648946	Data:	02/02/2018 02:25:07	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Id. Trab.:	Não	Trajetória:	Não	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Transtorno em MSD
pulso/pulsação normais
neurologia ok

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	Cat:
Diagnóstico Inicial:							

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO
DATA: 02/02/2018
Técnico: B

ALTA:	☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem ☐ Transferência:
DESTINO:	☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs	☐ Família ☐ IMU ☐ Anat. Patol.	DATA SAÍDA: 1/1 HORA:
ÓBITO:			☐ Internação na Unidade Proced. Solicitado: 0408020393 CID Compativel: S42.3

Mo-Tsé Ruyters
TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 SSO 1036
Prof. Solicitante
Internação

Assinatura Paciente ou responsável: Edilson Rodrigues Ribeiro Coelho
Direção de Enfermagem
Hospital de Urgência de Teresina
Prof. Zenon Rocha

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

pphs



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE ITABORAÍ

NOME DO PACIENTE W. Felipe Mendes Soares	PRONTUÁRIO 466846	CLÍNICA	ENF ou APT. 234	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES 62 - Glicose alta (260)	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
DATA: 02/08/18 HORA: 18h	HORÁRIO			
Dieta limpa	OBSERVAÇÕES			
1. 100 ml	11. Exame de P-1.			
2. 100 ml	Elaine (G) Torres			
3. 100 ml	Elaine (G) Torres			
4. 100 ml	Elaine (G) Torres			
5. 100 ml	Elaine (G) Torres			
6. 100 ml	Elaine (G) Torres			
7. 100 ml	Elaine (G) Torres			
8. 100 ml	Elaine (G) Torres			
9. 100 ml	Elaine (G) Torres			
10. 100 ml	Elaine (G) Torres			
11. 100 ml	Elaine (G) Torres			
12. 100 ml	Elaine (G) Torres			
13. 100 ml	Elaine (G) Torres			
14. 100 ml	Elaine (G) Torres			
15. 100 ml	Elaine (G) Torres			
16. 100 ml	Elaine (G) Torres			
17. 100 ml	Elaine (G) Torres			
18. 100 ml	Elaine (G) Torres			
19. 100 ml	Elaine (G) Torres			
20. 100 ml	Elaine (G) Torres			
21. 100 ml	Elaine (G) Torres			
22. 100 ml	Elaine (G) Torres			
23. 100 ml	Elaine (G) Torres			
24. 100 ml	Elaine (G) Torres			
25. 100 ml	Elaine (G) Torres			
26. 100 ml	Elaine (G) Torres			
27. 100 ml	Elaine (G) Torres			
28. 100 ml	Elaine (G) Torres			
29. 100 ml	Elaine (G) Torres			
30. 100 ml	Elaine (G) Torres			
31. 100 ml	Elaine (G) Torres			
32. 100 ml	Elaine (G) Torres			
33. 100 ml	Elaine (G) Torres			
34. 100 ml	Elaine (G) Torres			
35. 100 ml	Elaine (G) Torres			
36. 100 ml	Elaine (G) Torres			
37. 100 ml	Elaine (G) Torres			
38. 100 ml	Elaine (G) Torres			
39. 100 ml	Elaine (G) Torres			
40. 100 ml	Elaine (G) Torres			
41. 100 ml	Elaine (G) Torres			
42. 100 ml	Elaine (G) Torres			
43. 100 ml	Elaine (G) Torres			
44. 100 ml	Elaine (G) Torres			
45. 100 ml	Elaine (G) Torres			
46. 100 ml	Elaine (G) Torres			
47. 100 ml	Elaine (G) Torres			
48. 100 ml	Elaine (G) Torres			
49. 100 ml	Elaine (G) Torres			
50. 100 ml	Elaine (G) Torres			
51. 100 ml	Elaine (G) Torres			
52. 100 ml	Elaine (G) Torres			
53. 100 ml	Elaine (G) Torres			
54. 100 ml	Elaine (G) Torres			
55. 100 ml	Elaine (G) Torres			
56. 100 ml	Elaine (G) Torres			
57. 100 ml	Elaine (G) Torres			
58. 100 ml	Elaine (G) Torres			
59. 100 ml	Elaine (G) Torres			
60. 100 ml	Elaine (G) Torres			
61. 100 ml	Elaine (G) Torres			
62. 100 ml	Elaine (G) Torres			
63. 100 ml	Elaine (G) Torres			
64. 100 ml	Elaine (G) Torres			
65. 100 ml	Elaine (G) Torres			
66. 100 ml	Elaine (G) Torres			
67. 100 ml	Elaine (G) Torres			
68. 100 ml	Elaine (G) Torres			
69. 100 ml	Elaine (G) Torres			
70. 100 ml	Elaine (G) Torres			
71. 100 ml	Elaine (G) Torres			
72. 100 ml	Elaine (G) Torres			
73. 100 ml	Elaine (G) Torres			
74. 100 ml	Elaine (G) Torres			
75. 100 ml	Elaine (G) Torres			
76. 100 ml	Elaine (G) Torres			
77. 100 ml	Elaine (G) Torres			
78. 100 ml	Elaine (G) Torres			
79. 100 ml	Elaine (G) Torres			
80. 100 ml	Elaine (G) Torres			
81. 100 ml	Elaine (G) Torres			
82. 100 ml	Elaine (G) Torres			
83. 100 ml	Elaine (G) Torres			
84. 100 ml	Elaine (G) Torres			
85. 100 ml	Elaine (G) Torres			
86. 100 ml	Elaine (G) Torres			
87. 100 ml	Elaine (G) Torres			
88. 100 ml	Elaine (G) Torres			
89. 100 ml	Elaine (G) Torres			
90. 100 ml	Elaine (G) Torres			
91. 100 ml	Elaine (G) Torres			
92. 100 ml	Elaine (G) Torres			
93. 100 ml	Elaine (G) Torres			
94. 100 ml	Elaine (G) Torres			
95. 100 ml	Elaine (G) Torres			
96. 100 ml	Elaine (G) Torres			
97. 100 ml	Elaine (G) Torres			
98. 100 ml	Elaine (G) Torres			
99. 100 ml	Elaine (G) Torres			
100. 100 ml	Elaine (G) Torres			

2010 Per Transfusão
Parece Hospital
1000

MÉDICO/CRM:





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



NOSSA SENHORA
DO LOROTÓCULO
DE FÉRIAS

MÉDICO/CAM:

2



<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108373018600000010018393>

Número do documento: 20070108373018600000010018393

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 49071 AIH: 2218100060870
---	---------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	3028556
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	3028556

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
768144153362790	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	11/04/1998	466986	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
2.768.736 PJ		BENEDITA MENDES COELHO	FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	RUA COSMICO, 3181			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
DIAGNOSTICO EOU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	0301060070

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU	0408020393		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
DIAGNOSTICO EOU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	0301060070		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA DIAFISE DO UMERU	S423		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente foi atendido, estabilizado e transferido para outra unidade de saúde.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
IAO TSE FRONTIERS DA SILVA-FEITOSA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
207294512760006	28/02/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA	
CNS AUTORIZADOR	ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO
170263951200001	28/02/2018 17:38:48

Kassio Jurely Pontes de Oliveira
Médico(a): 69304
SAME-HUT
Confere com Original

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 49071
	AIH: 2218100060870

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 705704153862790	NOME DO PACIENTE FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	NASCIMENTO 11/04/1990	SEXO M	PRONTUÁRIO 466936
DOCUMENTO CPF 2.768.736 PT	TELEFONE BENEDITA MENDES COELHO	RESPONSÁVEL FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA DA DIAFÍSE DO UMERO		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRÚRGICA		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EXAME FÍSICO, RX		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S42.3 - FRATURA DA DIAFÍSE DO UMERO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408020393 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO UMERO	
LEITO/CLÍNICA ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO) LAD TRE FRONTIERS DA SILVA PEREIRA CPF: 74863593372
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 02/02/2018
DATA ADMISSÃO 02/02/2018 02:25	DATA ALTA 02/02/2018 12:24
MOTIVO ALTA TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO) LEICIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46261979315	NOME DO PROFISSIONAL / PARÊTER CONTROLADO AVALIAÇÃO AUDITORIA Kassia Janyris Pantoja Mestranda 6934 SAME-HUT Confere com Original DATA ANÁLISE: 02/02/2018 03:52:35
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

207488

49071

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	207488

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	6 - Prontuário: 466986		
7-CNS: 708704153862790	8-Nascimento: 11/04/1991	9-Sexo: Masculino	CPF: 033.590.543-93
11-Mãe: BENEDITA MENDES COELHO	12-Fone: 86-99813-9902		
13-Resp: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	14-Cor: Sem Informação		
15-End: RUA COSMICO 3281 - ANGELIM - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: TRATADO EM MSD	21 - Condições que justificam a internação: Recebeu o cuidado	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RA	23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise do úmero	
24-CID Prin: S423	25-CID Sec.: 	26-OTI C. Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0408020393	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO		
29-Clinica: 02	30-Caráter: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	34-Data Solicitação: 02/02/2018	35-Ass. Cadimbo Med. Sol. (CRM): 	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	37- () Acidente Trabalho Típico	38- () Acidente Trabalho Trajeto
39- () Acidente de Trânsito	40- () Acidente Trabalho Típico	41- () Acidente Trabalho Trajeto
42- () Acidente de Trânsito	43- () Acidente Trabalho Típico	44- () Acidente Trabalho Trajeto
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	46- () Acidente de Trânsito	47- () Acidente Trabalho Típico

AUTORIZAÇÃO

48- Documento: () CNS () CPF	49- Num. Documento: 	50- Ass. Carimbo: Henrique Almeida Filho
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Henrique Almeida Filho	52- Data Autorização: 02/02/2018	53- Ass. Carimbo: Henrique Almeida Filho
54- Ass. Carimbo: Henrique Almeida Filho	55- Ass. Carimbo: Henrique Almeida Filho	56- Ass. Carimbo: Henrique Almeida Filho





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3229 4972
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO KELSON MENDES COELHO** (Prontuário: 466986)
Endereço: RUA COSMICO 3281 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 11/04/1991 Idade: 26a:11m:16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 648946
Requisição: 811387 Solicitação: 02/02/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1004990 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 02/02/2018

UMERO DIREITO

O estudo radiológico do úmero foi realizado nas incidências em Pa/Perfil, os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominuta no terço médio do úmero direito.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/03/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF 227.628.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Rúbrica eletrônica Principal/Coordenador
Módulo: 60304
E-MAIL: HUT
Contratado Original





NONE

Nº do prontuário

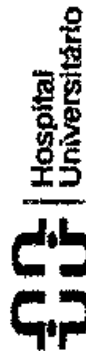
4304291

41

Enfermaria

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA:



HERS

Ministério da
Educação

vias:

Çaõ Tran

ASTORIA
ASTORIA

 $\overline{x}$, Conc

cinemat

Conc

Des

Plus

crio

ਦੀਵਾਨਾ

103

CU

5-0797

11

Researcher

अथैतद्विदुः

राधाबाई

ATA: 19

•

—

LAUDO: 49167

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		EBSERH  Hospital Universitário	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE Hospital Universitário				2 - CNES 3.285.391	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Hospital Universitário				4 - CNES 3.285.391	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO KÉLSON MENDES COELHO				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 4304291	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 708704153862790		8 - DATA DE NASCIMENTO 11/04/1991		9 - SEXO Masculino	
10 - RAÇA / COR Parda		11 - NOME DA MÃE BENEDITA MENDES DE COELHO		12 - TELEFONE DE CONTATO (86) 998318321 / (86)	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL O MESMO				14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) RUA NOSSA SENHORA DA GUÁ, 3281, VILA IRMA DULCE					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA TERESINA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2211001		18 - UF PI	
19 - CEP 64000972					
JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM DOR AO NÍVEL DE DIÁFISE DE ÚMERO D. RADIOGRAFIA COM IMAGEM DE FRATURA DIÁFISÁRIA DE ÚMERO					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE ÚMERO		24 - CID 10 PRINCIPAL S42.3 - Fratura de		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020393	
29 - CLÍNICA Cirúrgica		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência		31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 99434393353		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE BRUNO WILSON DA SILVA MOURA			
34 - DATA DA 02/02/2018		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Lafayette Mallet Médico CRM-PI 6474			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	
39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº BILHETE 0		41 - SÉRIE 0	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD, ORGÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - DOCUMENTO () CNS () CPF		50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)					
53 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL Francisco Kelson Mendes Coelho					



32 P1 P2 18 20 40
 32 x P 61 12

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 126101868		Nº DA REGULAÇÃO: 14553	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ - (86)			
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU			
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)			
PACIENTE: FRANCISCO KELSON MENDES CORELHO		NASCIMENTO: 11/04/1998	
DADOS CLÍNICOS			
HISTÓRIA CLÍNICA: "ACIDENTE DE MOTO" TRAUMA EM MSD. FRATURA EM DIAFISE DE UMERO (D).			
PROVAS DIAGNOSTICAS: RX DE OMBRO D: FRATURA EM DIAFISE DE UMERO (D).			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIAFISE DO UMERO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:		FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: INIBIÇÃO			
(*) É importante que seja anexada a última prescrição e os exames realizados para melhor continuidade do tratamento.			
DATA: 02/02/2018 12:37:07			
 MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO			



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE****Número do Laudo: 49167****Orgão Emissor:**

M221100001

Paciente: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO**Nascimento:** 11/04/1998**Procedimento:**

0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

CID:

S423 - FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Data da Solicitação:**Data da Autorização:****AIH.:** |**Estabelecimento Executante:** HOSPITAL UNIVERSITARIO HU_____
Autorizador



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE Hospital Unioesilário	2 - CNES 3.285.391
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Hospital Unioesilário	4 - CNES 3.285.391

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 4304291			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 708704153862790	8 - DATA DE NASCIMENTO 11/04/1981	9 - SEXO Masculino	10 - RAÇA - COR Parda	11 - ETNIA -
12 - NOME DA MÃE BENEDITA MENDES DE COELHO	13 - TELEFONE DE CONTATO 1861 998310321 / (86)	14 - TELEFONE DE CONTATO -		
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) RUA NOSSA SENHORA DA GUÁRDIA, 3281	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA TERESINA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2211001	18 - UF PI	19 - CEP 64000972
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH 49167				

X SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0108020393	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0802010198	25 - QTD -
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - QTD
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTD
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTD
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTD
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTD
39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	41 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	42 - QTD
40 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	43 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	44 - QTD
41 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	46 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Permanência maior devido ao preparo
de - operatório

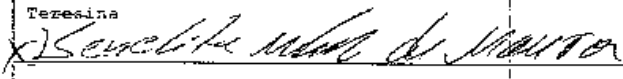
PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/02/2018	44 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO PROFISSIONAL
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL	

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - DOCUMENTO () CNS () CPF	52 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL



Nome FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		Nome Social 		Prontuário 430429/1	
Nome Mãe BENEDITA MENDES DE COELHO		Sexo Masculino	Estado Civil Solteiro	Dt Nascimento 11/04/1991	
Nome Pai DOMINGOS GOMES COELHO		Data cadastro 02/02/2018	Data recadastro 	Pront. Família 	
RG 2768736		CPE 033.590.543-93	Cartão SUS 708704153862790		
Nome Anterior 		Cidade de nascimento TERESINA		UF PI	
Grau Instrução Superior Incompleto		Nacionalidade BRASILEIRO			
Profissão 		Código da profissão 	Cor Parda	Fone ou Recado 86-998318321	
Endereço RUA NOSSA SENHORA DAGUIA		Posto de Referência : 			
Número 3281	Complemento 	Bairro VILA IRMA DULCE			
Cidade TERESINA		UF PI	CEP 64000-972		
Identificador MÔNICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA					
Área Cadastradora SETOR 14- LC CAB. PESC - OFTALMOLOGIA					
Observação 					
Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas. Teresina  () () () () Paciente Pai Mãe Representante Legal					
Hospital Universitario - Ufpi Boletim de Identificação de Paciente					

AIPIR_POLETIM_IDEN

02/02/18 21:16

Página: 1/1



Identificação do Paciente

Paciente: 261013 Prontuário: 0430429/1
Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
Nome Mãe: BENEDITA MENDES DE COELHO
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DA GUIA Cartão SUS: 708704153862790
Número: 3281 Complemento: Telefone: 86 998318321
Bairro: VILA IRMA DULCE
Cidade: TERESINA UF: PI Cep: 64.000-972
Data Nascimento: 11/04/1991 Idade: 26 Sexo: M Cor: M Est. Civil: S
Profissão:
Naturalidade: TERESINA UF Nascimento: PI
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Cidade: UF: CEP: Fone:

Dados da Internação

Data Internação: 02/02/2018 22:01
CID Principal: Y98 CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
CID Secundário:
Procedimento: 408020393 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU
Clínica: Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0041 Leito: A Convênio: 1/1 SUS - INTERNACAO
Unidade: POSTO 4 CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Caráter de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 2 Dia(s)
Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM: 5338 CPF: 99434393353
Chefe da Equipe ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA : ANDRE LUIZ PINHO SOBRAL
CRM: 3573 62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA
C. Ponto: 6 2001798

Observação





Hospital
Universitário

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:	Francisco Kelvin Mendes Coelho		
DATA DA ADMISSÃO:	12/02/18	CLÍNICA / ENF / LEITO:	41A
DATA DE NASCIMENTO:	11/04/1991	IDADE:	26
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO:			
PROCEDÊNCIA:	MUT	ESTADO CIVIL:	solteiro
ESCOLARIDADE:	superior incompleta	RESIDÊNCIA:	Vila Nova da
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	patologia de úlcera do pé (ID)		

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO / PRINCIPAIS QUEIXAS

Doença	
--------	--

2.1 SINAIS VITAIS: P.A. 150x90mmHg T 36,1°C P 68 Glic Sat PESO: 76
ALTURA 174 IMC

2.2 ESCALA DA DOR (1 a 10): 5 (0 = sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa)

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: () HAS () DM () Cardiopatias () AVE-H () AVE-I () Nefropatias () Neoplasias
() Outros. Especificar: diabetes

ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças crônicas:

() Tratamentos Anteriores / Cirurgias: não

() Medicamentos em uso: não

() ALERGIA: não

PRÓTESES: () Não () Sim Possui CARTÃO DE VACINA: () Não () Sim

HÁBITOS: () Tabagismo () Etilismo () Outras Drogas, Qual? álcool de bebida

EXAMES ANEXOS: RX + exames laboratoriais

4. NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: () Ar ambiente () Cateter nasal () Macronebulização () Máscara de Venturi

Padrão respiratório: () Eupneico () Bradpneico () Taquipneico () Ortopneico () Dispneia () Cheyne-Stokes

Tosse: () Seca () Produtiva [Aspecto da secreção]:

HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia: pouco

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar:

DIETA: () Jejum () Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros

() Náuseas () Vômitos () Hematemese () Sialorréia () Pirose () Inapetência () Disfagia () Dispepsia

Estado NUTRICIONAL: adequada

ELIMINAÇÕES: DIURESE: () Espontânea () SVD () Cistostomia () Disúria () Oligúria () Anúria () Poliúria

() Polaciúria () Enurese () Retenção () Incontinência () Proteinúria () Glicosúria

ASPECTO da URINA: () Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria

EVACUAÇÕES: () Normais () Fezes pastosas () Diarreia () Melena () Constipação há 2 dias

() Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia

SONO/REPOUSO: () Satisfatório () Insônia () Agitação () Usa medicação, QUAL?

ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios () Não () Sim, Qual?

() Astenia () Mialgia

Atividade Motora: () Deambula () Deambula com auxílio () Não Deambula () Usa Cadeira de Rodas

HIGIENE: () Satisfatória () Regular () Insatisfatória

Cite:

5. NECESIDADES PSICOPESPIRITUAIS e SOCIAIS

Pratica alguma atividade RELIGIOSA/ ESPIRITUAL () Não () Sim, Qual?

ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: () Calmo () Agitado () Alegre () Triste () Ansioso () Agressivo () Medo

COMUNICAÇÃO: () Receptivo ao Diálogo () Não Receptivo ao Diálogo

INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: () Não () Sim, Cite

Interação com a família () Não () Sim

LASER: () Não () Sim, Qual?



6. CABEÇA E PESCOÇO

PELE: ☐ Lesões ☐ Cisto sebáceo ☐ Hematomas ☐ Pontos dolorosos ☐ Alopecia ☐ Outros	
FACE: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica ☐ Corada ☐ Palidez ☐ Ictérica ☐ Tipo de face	
OLHOS: ☐ Edema palpebral ☐ Ptose palpebral ☐ Logóftalmo ☐ Exoftalmia ☐ Enoftalmia ☐ Amaurose	
ALTERAÇÃO VISUAL: ☒ Sim ☐ Não	
ALTERAÇÃO AUDITIVA: ☒ Sim ☐ Não	
MUCOSA DA CONJUNTIVA: ☒ Corada ☐ Hipocorada ☐ Ictérica ☐ Hiperemiada ☐ Hemorragia conjuntival	
CÓRNEA: ☐ Catarata ☐ Pterígio	
ESCLERÓTICA: ☐ Branca ☐ Ictérica ☒ Hiperemiada	
BOCA: ☐ Halitose ☐ Edema lábil ☐ Lesões ☐ Língua Saburrosa ☐ Glossite ☐ Monilíase ☐ Outros	
AMÍGDALAS: ☐ Hiperemias ☐ Aumento Volume ☐ Placas	
TIREÓIDE: ☐ Palpável ☐ Impalpável	
PESCOÇO: ☐ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Estase Jugular ☐ Rigidez de nuca ☐ Linfonodos palpáveis ☐ Traqueostomia	

7. SISTEMA NEUROLÓGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Torporoso	
☐ Comatoso ☐ Sedado ☐ Memória prejudicada: ☐ Não ☐ Sim, cite:	
FALA: ☒ Flúido ☐ Afásico ☐ Disfásico ☐ Outros	
Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Reativas ☐ Arreativas ☐ Mióticas ☐ Midriáticas	
ESCALA DE GLASGOW: ☐ Outros ACHADOS:	

8. SISTEMA RESPIRATÓRIO

EXPANSIBILIDADE: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica ☐ Uso de musculatura acessória ☐ Tiragem ☐ Frêmito toracovocal	
PERCUSSÃO: ☒ Claro Pulmonar ☐ Maciço ☐ Timpânico ☐ Hipersonoro	
AUSCULTA PULMONAR: ☒ Murmúrio Vesicular ☐ Broncovesicular ☐ Estertores ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Outros	

9. SISTEMA CARDIOVASCULAR

FREQ./RITMO CARDÍACO: ☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmias ☐ Marcoapasso	
☐ Palpitação	
PRESSÃO ARTERIAL: ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☒ Hipertenso ☐ Edema MMI ☐ Anasarca	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ Normal ☐ Diminuída	
PALPAÇÃO: ☐ Ictus Cordis ☐ Levantamento Sistólico ☐ Pulsações Epigástricas ☐ Frêmito	
AUSCULTA: ☐ 1ª Bulha ☐ 2ª Bulha ☐ Sopros	

10. SISTEMA GASTROINTESTINAL

PERCUSSÃO: ☐ Timpânico ☒ Maciço	
RUIDOS HIDROAÉREOS: ☐ Presente ☐ Ausentes ☐ Hipoativos ☐ Hiperativos	
ABDOMEN: ☒ Plano ☐ Globoso ☐ Ascite ☐ Rígido ☐ Indolor à palpação ☐ Doloroso à palpação	
OUTROS ACHADOS:	

11. SISTEMA GENITOURINÁRIO

SINAL de GIORDANO: ☐ Positivo ☐ Negativo	
GENITALIA FEMININA: ☐ Amenorreia ☐ Dismenorreia ☐ Dispareunia ☐ Metrorragia ☐ Menopausa ☐ Faz uso de Reposição Hormonal ☐ Corrimento [Aspecto]:	
Relação sexual Protegida: ☐ Sim ☐ Não	
ALTERAÇÕES NAS MAMAS: ☐ Sim: [especificar]:	
GENITALIA MASCULINA (alterações):	

12. SISTEMA TEGUMENTAR

ASPECTO: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐ Hidratado ☐ Desidratado ☐ Prurido	
LÊSÕES/ LOCAL:	
OUTROS ACHADOS:	

LEGENDA: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; AVE-H: Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico; AVE-I: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

DATA: 02/02/2018 HORA: 23:30

Elaine Reis de Moura
(Assinatura e carimbo do enfermeiro)



Descrição Cirúrgica		
folha 1/1	Unidade: BLOCO CIRURGICO	Data cirurgia: 08/02/2018
1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	Prontuário: 0430429/1	
Idade: 26 anos 9 meses	Sexo: Masculino	Leito:
Convênio: SUS		
2. EQUIPE		
Equipe: OSVALDO MENDES DE OLIVEIRA FILHO	CRM: 2108	ORTOPEDIA E
Auxiliar: JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR	CRM: 6606	TRAUMATOLOGIA
Anestesista: MARCIA CRISTINA CARDOSO DE OLIVEIRA	CRM: 4226	
Enfermagem: KERCIA VITORIA DE MOURA REGO	COREN: 197479	
3. DIAGNOSTICO		
ASA: I		
Pré-Operatório S42.3 FRATURA DA DIÁFISE DO UMERU		
Pós-Operatório S42.3 FRATURA DA DIÁFISE DO UMERU		
4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO		
Via aérea:	ASA:	
Avaliação clínica:		
Co-morbidades:		
Exame físico:		
Executor da sedação:	CRM:	
5. CIRURGIAS REALIZADAS		
Início: 08/02/2018 08:40	Fim: 08/02/2018 10:00	Caráter: ELETIVA
Procedimentos - Potencial de contaminação		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMERU		LIMPA
Técnica Anestésica/Sedação: BLOQUEIO		
Observação:		
6. ACHADOS OPERATORIOS		
umero direito com fratura diafisária segumentar		
Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.		
Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.		
7. DESCRIÇÃO		
1. paciente em dth sob bloqueio de plexo + sedação 2. assepsia + antisepsia 3. campos estéreis 4. incisões longitudinais de 5 cm proximal e distal em face anterior do braço direito dissecção por planos 6. alinhamento da fratura e fixação com placa DCP 4,5 mm estreita de 12 furos, colocando-se 3 parafusos corticais proximalmente e 3 distalmente, com auxílio de fluoroscopia 7. síntese por planos 8. curativo 9. tipoia		
08/02/2018 12:45		Dr. JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR CRM 6606

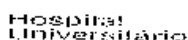
Dr. João Norival Lima Júnior
MÉDICO
CRM-PI: 6606/MA: 9625

 Hospital Universitário	Descrição Cirúrgica
---	-----------------------------------

Identificação FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	0430429/1
---	------------------

MBCR_DESCR_CIRURGICA 08/02/2018 12:45:08 201013





41A
152

EBSERH

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

Nome: <u>Francisco Kelson Mendes Wells</u>		Prontuário: _____	
Idade: <u>26</u>		Gênero: ☒ M ☐ F	
Cirurgia proposta: <u>cureta gástrica digestiva</u>		Data da Avaliação: <u>04/02/18</u>	
Cirurgião: <u>Bruno de Jesus</u>		Data da Cirurgia: <u>13/02/18</u>	
Peso: <u>76</u> kg	Altura: _____ cm	DUM: _____	FC: _____ bpm
		PA: <u>130 x 80</u> mmHg	Tax: _____ °C
ANTECEDENTES FAMILIARES CARDIOVASC. Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Coronariopatia ☐ Alergias ☐ Hipertemia Maligna ☐ <u>problema na imagem</u> RESPIRATORIO Nenhum ☒ Hipertensão ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ Valvopatia ☐ Angina ☐ Infarto ☐ Insuf. Cardíaca ☐ <u>problema</u> NEUROLÓGICO Nenhum ☒ Secreção ☐ Tosse ☐ Febre ☐ Dispneia ☐ Asma ☐ Pneumonia ☐ DPOC ☐ METABOLITO Nenhum ☒ Ansiedade ☐ Depressão ☐ Cefaleia ☐ Epilepsia ☐ Neuropatias ☐ Déficit ☐ AVC ☐ DIGESTIVO Nenhum ☒ Diabetes ☐ Perda Ponderal ☐ Obesidade ☐ Tireoidopatia ☐ Gravidez ☐ ORTOPÉDICO Nenhum ☐ Náusea/vômito ☐ Gastrite/Ulcera ☐ Cirrose ☐ Sangramento ☐ Diarréia ☐ RENAL Nenhum ☐ Hérnia de disco ☐ Escoliose ☐ Fratura ☒ Fixação na Coluna ☐ Lombociatalgia ☐ HEMATOLOGIA Nenhum ☒ Infecção ☐ Cálculos ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Insuf renal ☐ ALERGIAS Nenhum ☒ Anemia ☐ Sangramentos ☐ Hemofilia ☐ Transfusões anteriores ☐ Test. de Jevoa ☐ DOENÇAS Nenhum ☒ Medicação ☐ Alimentos ☐ Edema Glote ☐ Broncoespasmo ☐ Látex ☐ PCR ☐ VICIOS Hepatite (A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ HIV ☐ Tuberculose ☐ Chagas ☐ Outras ☐ Quais: CIRURGIAS PRÉVIAS Nenhum ☒ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Drogas Ilícitas ☐ Quais: ANESTESIAS ANTERIORES Não ☒ Sim ☐ Quais: Raqui-anestesia ☐ Peridural ☐ Bloqueio Periférico ☐ Geral ☐ Local ☐ MEDICAÇÕES EM USO Não ☒ Sim ☐ Quais: <u>lanon benzobutol etc > 18 anos</u>			
Estado Geral: <u>BGG</u>		Mallampatti ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐	
AC: <u>fin 2/20/20</u>		Distância tireo-mento: >6,0cm ☐ <6,0cm ☐	
AP: <u>fin 2/20/20</u>		Distância esterno-mento: >12,5cm ☐ <12,5cm ☐	
Prótese dentária móvel: Não ☒ Sim ☐		Abertura oral: >3cm ☐ <3cm ☐	
Consentimentos: Assinados ☒			
Nenhum ☐ Hb <u>13,7</u> Ht <u>40</u> Plaquetas <u>234.000</u> TAP <u>87</u> INR <u>1,01</u> TTPA <u>26</u> Na _____ K _____ Ca _____		U <u>27</u>	
Cr1 <u>1,2</u> Glicemia _____		<u>04/02/2018</u>	
ECG Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐		<u>nao tem</u>	
Raio-X de tórax Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐		<u>nao tem</u>	
ECO _____			
Avaliação de Especialista: _____			
P ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ E ☐		Jejum a partir de: _____ h	
CONDUTA: Apto no momento ☐ Não apto ☐ Aguardo exames ☒			
ORIENTAÇÃO: <u>deixar ECG + avaliação de cardiologista</u>			
<u>Regina Bezerra</u> MÉDICA <u>5525</u> Médico Anestesiologista			





Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64009-550 - TERESINA-PI

EBSERH

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO
TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA:

DECLARANTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ Paciente
Responsável ou Representante Legal

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo:

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____

Procedimento Cirúrgico:

1. Declaro que o(a) Dr(a) _____ CRM: _____
Informou-me que, tendo em vista a realização do procedimento acima, será necessária a administração de anestesia:

2. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro que prestei ao médico anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.

3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: ocorrência de dor, náuseas, vômitos e tremores de intensidade variável; complicações de manuseio de vias aéreas e cateterismo de artéria e veia profunda em casos indicados; reações alérgicas e edema de face e olhos, com possibilidade de necrose de pequenas regiões em cirurgias de longa duração; lesões neurológicas relacionadas ao bloqueio espinal ou ao posicionamento do paciente, temporárias ou não, especialmente em braços, pernas ou olhos; complicações cardiovasculares ou pulmonares, eventualmente graves, como infarto ou embolias que possam levar à morte em várias situações; complicações renais e do sistema de coagulação, assim como reações adversas do organismo à anestesia aplicada, como aquelas decorrentes de incomuns doenças genéticas / neurológicas / musculares / renais / cardiovasculares / metabólicas.

4. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, situações imprevisíveis que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Foi informado que a medicação administrada causa sonolência, amnésia anterógrada de curta duração e relaxamento muscular, podendo ainda causar alergia cutânea e/ou mucosa. Deste modo, não deverei dirigir veículos ou operar máquinas, não deverei ingerir álcool e não deverei assinar documentos no período de 24 horas após o procedimento. Em caso de sinais alérgicos após o procedimento, deverei entrar em contato com o médico anestesiologista.

7. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e risco do procedimento. Por tal razão e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

8. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Teresina/PI, 09 de Janeiro de 2018

Paciente

Médico

Responsável / Testemunha



REQUISICÃO DE MEDICAMENTOS									
EBSERH									
PACIENTE:									
PRONTUÁRIO:									
CIRURGIÃO:									
SALA:									
DATA:									
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMBRO									
ANESTESIA: RAQUI + GERAL									
CIRCULANTE:									
ITEM	AGHU	MEDICAMENTOS - CONTROLO AGU	QUANT	CONV	ITEM	AGHU	OUTROS MEDICAMENTOS	QUANT	CONV
20012		CEFRAL 50 mg/ml - Amp 1 ml	01	01	14829		DIPRONA 1 g 2 ml	02	
14854		DIAPYRIN 5 mg/ml	01		13250		EFEDRINA 50 mg/ml	01	
15421		ORFENADOL 25 mg/ml - 1 ml	01		25889		CILFETRINA 100 mg/ml - INJETÁVEL	02	
200126		ETOPORATO 1 mg/ml	01		15180		FUPOSENIDA 10 mg/ml	01	
200847		FENTANILA 50 mcg/ml - 2 ml (1400 ml)	01	01	15430		PROPOFOL 1% 500 mg/ml - Amp	01	
200354		FENTANILA 50 mcg/ml - 10 ml	01		200587		LEVODOPAMINA CLORIDRATO 0,5% 50 mg/ml - 20 ml	01	
17272		MODAFINIL 200 mg/ml - 1 ml	01	01	200234		LEVODOPAMINA CLORIDRATO 0,5% 50 mg/ml - 20 ml	01	
255183		MODAFINIL 200 mg/ml - 1 ml (1 ml - 1 ml)	01		214620		LIDOCANA 2% SEM VASO 5 ml	01	
401082		PROPOFOL 1% 500 mg/ml - 20 ml (1400 ml)	01	01	18330		LIDOCANA 2% + EPINEFRINA 20 ml FRAMP	01	
130030		PROPOFOL 1% 500 mg/ml - 20 ml (1400 ml)	01		401305		METAFANOL 10 mg/ml	01	
200704		RELEVANTIN 1 mg/ml	01		10101		METOCLOPRAMIDA 5 mg/ml	01	
273874		SEVOFLURANO + RASCO 100 ml	01		17345		MEDETOMINA 0,5 mg/ml - Amp 1 ml	04	
200330		SUFENTANILA 50 mcg/ml - 1 ml - 1 ml	01		201780		ONIDAZOL 40 mg	01	
200344		TRAMACOL 50 mg/ml - 2 ml	01		144495		RANTIDINA 50 mg - Amp 2 ml	01	01
OUTROS MEDICAMENTOS									
NA FARMÁCIA									
200117		ADRENALINA 1 mg/ml - 1 ml (1 ml)	01		374053		OPROFLOXACINA 300 mg/ml - 100 ml BOLA		
17008		ATROPINA 10 mg/ml - 2 ml	01		274000		PERMEDE TOMEDINA 100 mg/ml (PARALISANTE)		
130012		ATROPINA 10 mg/ml - 2 ml	01		200318		FLUMAZEDIL 0,1 mg/ml		
200349		BROMOPRIDA 5 mg/ml - Amp 1 ml	01	01	15433		HEPARINA 500 U/ml - 1 ml		
200726		BUPRENORFINA 0,5 mg/ml - 1 ml (1 ml)	01		18488		LIDOCANA 2% 20 mg/ml - 20 ml FRAMP		
200342		BUPRENORFINA 0,5 mg/ml - 1 ml	01		12777		METOPROLOL 50 mg/ml - 100 ml		
245081		COPOLAN 10 mg/ml	01	01	200389		NOFOTINA 10 mg/ml - 1 ml		
107090		COSMETOL 10 mg/ml - 1 ml (1 ml)	01		182910		NOFOTINA 1 mg/ml - 1 ml ESTÉRIL		
271432		CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ml	01		116246		NALOXONA 4 mg		
401038		CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ml	01		200379		ONDANSÉTRON 8 mg/ml		
200389		CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ml	01		200341		SUFENTANILA 50 mcg/ml - 10 ml		
14570		DEXAMETASONA 10 mg/ml - 1 ml	01	01					

REQUISICÃO DE MATERIAL									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONV	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONV
46		AGULHA 25 x 8	04	01	46	20652	JELCO (CATETER) Nº 16	02	
47		AGULHA 30 x 8	04		47	3870	JELCO (CATETER) Nº 20	02	
48	2870	AGULHA 40x12	04	01	48	3888	JELCO (CATETER) Nº 22	02	
	2007	AGULHA 13x4,5	04			290521	POLIFIX 2 VIAS	01	
50	290553	AGULHA 25G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01	01	50	2291	SERINGAS 1 mL	01	
51	290554	AGULHA 20G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01		51	290539	SERINGAS 5 mL	04	
52	290944	AGULHA 27G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01		52	290938	SERINGAS 10 mL Luer lok	04	
53	291164	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01		53	192937	SERINGAS 20 mL Luer lok	02	
54	233283	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01		54	2283	SERINGAS 20 mL Luer SLIP	02	
55	400957	CATETER PERIDURAL 18 G	01		55	400997	SERINGA 80 mL Luer SLIP	01	
56	400959	CATETER PERIDURAL 18 G	01		56	19	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 14	01	
57	3484	CATETER NASAL IPO OCLUS	01		57	290580	SONDA NASOGÁSTRICA 18	01	
58	290380	EQUIPO MACROGOTAS	02	01	58	290583	SONDA NASOGÁSTRICA 20	01	
59	290892	EQUIPO DE BOMBA	01		59	291074	TORNEIRINHA 3 VIAS	01	
60	89248	ELETRODOS	05		60	290373	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0	01	
61	400649	EXTENSOR EM PVC ALTA PRESSÃO 50CM	01		61	290374	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	01	
62	400537	FILTRO BACTERIOLOGICO	01		62	290375	TUBO ENDOTRAQUEAL 8,0	01	
63	3848	JELCO (CATETER) Nº 16	02		63	290376	TUBO ENDOTRAQUEAL 8,5	01	

SOLUÇÕES									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONV	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONV
	290289	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ml	02			181973	RINGER LACTATO 500ml	01	
	290301	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ml	04	01		253812	ÁGUA DESTILADA 10 ml	04	01



REQUISIÇÃO DE MATERIAL GERAL CIRURGIA									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS
		ATADURA CREPE CM	02	02		402299	LÂMINA BISTURI Nº 24	01	
401807		COMPRESSA 7,5X7,5 (GAZE)	10	06		8206	LUVA 6.5	04	01
254978		MACROPORÉ	01			8214	LUVA 7.0	04	
2970		ESPALDAPPO	01			8222	LUVA 7.5	04	14
402295		LÂMINA BISTURI Nº 11	02			8230	LUVA 8.0	04	
402297		LÂMINA BISTURI Nº 15	02	02		8248	LUVA 8.5	02	

REQUISIÇÃO DE MATERIAL FIOS CIRURGICOS									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS
260980		FIO ALGODÃO 2-0 SEM AGULHA	2						
260958		FIO NYLON 2-0	6						
261327		FIO NYLON 3-0	2	01					
401529		FIO NYLON 4-0	2						
261347		FIO POLIGLAC 07 70CM AG 1/2-3,5 cm OIL (SIMILAR VICRYL)	4						
261238		FIO ACIDO POLIGLIC. 1 C/ AG 1/4 X 4 cm (SIMILAR VICRYL)	5						
		<i>Material 20</i>		01					
		<i>Material 20</i>		01					
		<i>Material 20</i>		01					

REQUISIÇÃO DE MATERIAL ESPECIFICOS CIRURGIA									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS

REQUISIÇÃO DE MATERIAL ESPECIFICOS CIRURGIA									

REQUISIÇÃO DE MATERIAL OPRIME									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS

MONTAGEM
 DATA: _____ NOME: _____

CONFERÊNCIA
 DATA: _____ NOME: _____

DEVOLUÇÃO
 DATA: _____ NOME: _____





Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

2020/02/11

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

DATA: 08/02/11 Posto: Enfermaria: Leito:

Paciente: Francisco Nelson Mendes Cabral	Prontuário: 936.923/1
Cirurgia: Continuidade da migração de fratura diafise humero D	
Anestesia: Bloqueio pleural Paravertebral	Anestesista: Apolinário
Alergia à drogas: (X) Não () Sim. Quais?	

Necessidade de RPA: (X) Sim () Não Assinatura anestesista:

Márcia Coutinho C. Oliveira
Anestesiologista
CRM-PI 4226

OBSERVAÇÕES:

Hora	Prescrição médica em RPA	Horário
08:00	Monitorização	
08:05	O ₂ 2L/min via cateter nasal ox SpO ₂ >92%	

Controles								
	Sim	Não	Local		Sim	Não	Local	
Monitorização cardíaca				Dreno de penrose				
Oximetria				Dreno de tórax				
Oxigenoterapia l/min				Dreno de sucção				
Punção venosa Periférica				Dreno de kher				
Punção Venosa Central				Dreno mediastinal				
Sonda Nasogástrica				Colostomia				
Sonda Nasoenteral				Gastrostomia				
Curativo Cirúrgico				Outros:				
Sonda Vesical de Demora								

Balanço Hídrico											
Líquidos administrados						Líquidos eliminados					
Tipo						Tipo					
Hora						Hora					
Total						Total					



Índice para avaliação dos pacientes no período anestésico – cirúrgico imediato

[illegible]

Nota: Valor mínimo para alta – 18 pontos / Atenção: Enquanto um item em negrito estiver presente, a alta não poderá ser liberada.

Data: Saldaña RPA

DATA: 11/11/2014 SIDA NA RPA: 1
ALTA ANESTESISTA: Dr. Carlos Roberto de Oliveira

ALTA ENFERMEIRO (A):

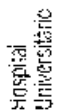
Korné Vojna de Maura
Fut CMIEIRA
COREN-PI 197070

Encaminado: 1 RX

X. Summary

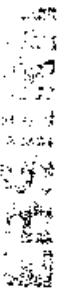


Num. 10556479 - Pág. 26



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
SETOR: CENTRO CIRÚRGICO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



ANOTAÇÕES:

ANOTAÇÕES:
O 80718 em O.E.S.O. Autóclava para tratamento
universal de incineração do corpo.
Mae: HAS Dm e Higiênia medicamentosa
Ad: AUP L-MSF. Recorreu ao SUS e
foi encaminhado para o SUS para tratamento. Agora
está sendo encaminhado a bloqueio com uso de anticoncepcional
oral.

REGISTROS DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: LOCAL: 7865

100

Horário: N : 30 PO de: 11 delegado procurador chefe de abastecimento

Curativo occlusivo em: M S D

55WV; Tax= $\frac{34}{100}$ C°; P= $\frac{6.9}{14}$ bpm; R= $\frac{108}{5.4}$ x $\frac{5.4}{100}$ mmHg; SpO2= 98 %

Nível de consciência: ☒ Acordado { } Adormecido { } Intubado { } Outros { }
{ } Cateter de O₂: _____ l/min { } SNG - Débito: _____ ml { } SVD - Débito: _____ ml

☐ Drenio: _____ Local: _____
☐ Drenio: _____ Local: _____
☐ Drenio: _____ Local: _____
☐ Cateter Venoso Central Local: _____
☒ Cateter Venoso Periférico Local: m. 55
☐ PAI Local: _____

OUTROS

Envio do prontuário completo com registros necessários (Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, Boletim de cirurgia, Boletim de anestesia, Ficha da SRPA e exames pré-operatórios).

Enfermeiro/Técnico em enfermagem: Regina Maria COREN: 573258 P1



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UPI
CAMPOS, UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

EBSERH

RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DAS CAIXAS CIRÚRGICAS

PACIENTE: Flo Kelvin Mendes Gellen

PRONTUÁRIO: 436429/1

DATA DA CIRURGIA: 08/02/18

CIRURGIÃO: Dr. Conde

CIRCULANTE: José

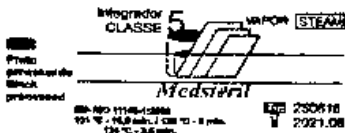
SALA: 9

CIRURGIA REALIZADA: 1ª cirurgia de abscissa de membro

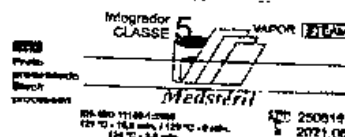
INTEGRADOR QUÍMICO

RÓTULO DA CME - PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

Medstéril



Medstéril



ORTOPEDIA - CAIXA BÁSICA DE MEMBRO SUPERIOR
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: 12 () 13 () 14
Esterilização: 08/02/18 Vencimento: 08/02/18
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): Kenore

ORTOPEDIA - CAIXA DE TRAUMATO-ORTOPEDIA
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: 12 () 13 () 14
Esterilização: 08/02/18 Vencimento: 08/02/18
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): Kenore

CAIXA Nº 2 DE GRANDES FRAGMENTOS - DIBRON Nº 1177
INSTRUMENTAIS
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: 12 () 13 () 14
Esterilização: 08/02/18 Vencimento: 08/02/18
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): Kenore

CAIXA Nº 2 DE GRANDES FRAGMENTOS - DIBRON Nº 1177
INSTRUMENTAIS
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: 12 () 13 () 14
Esterilização: 08/02/18 Vencimento: 08/02/18
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): Kenore





Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA

EBSEH

BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente: Francisca Wilson Mendes Coelho Pront.: 430429/1 Enf: Leito: DN:
Cirurgião: Dr. Marcelo Diagnóstico pré-operatório: Fratura fechada do osso do
Cirurgia realizada: Tratamento cirúrgico de fratura de diafragma com fio
Condições pré-operatórias: Boa avaliação pré-anestésica
Exames Clínicos: Risco (Asa): I

Agentes Anestésicos	Oxigênio	Sequência											
1	260	1. Oxigênio											
2	240	2. Fentanil 100mcg											
3	220	3. Propofol 100mg											
Líquido	Soluto 600	4. Solução com 1. maldaplan 2.											
	400	3. fentanil 100mcg											
	Sangue 300	4. vecuronio 10mg											
	200	5. atropina 1mg											
	Outros 100	6. clonidina 1mg											
Capnógrafo	260	7. dextro - 1 amp											
■	240	8. dextro - 1 amp											
Arterial V	38	9. dextro - 1 amp											
Λ	36	10. dextro - 1 amp											
Pulso	34	11. dextro - 1 amp											
Início Fim Anestesia x	32	12. dextro - 1 amp											
Início Fim Cirurgia ●	30	13. dextro - 1 amp											
Oximetria ○	10	14. dextro - 1 amp											
Diurese		15. dextro - 1 amp											

Acidente - Incidente:

Justificativas:

nica Anestésica:

Oxigênio	Paciente Transfundido	Monitorização		
Início: <u>7:45h</u>	GS <u> </u>	☒ ECG	☒ Oxímetro	☐ Capnógrafo
Término: <u>10:10h</u>	RH <u> </u> Vol: <u> </u>	☐ PAM	☒ PANI	☐ PVC
Doses Utilizadas				
Adrenalina <u> </u> Amp	Droperidol <u> </u> Amp	Ondasentrona <u> </u> Amp		
Atropina <u> </u> Amp	Etilefrina <u> </u> Amp	Omeprazol <u> </u> Fr		
Atracúrio <u> </u> Amp	Fenilefrina <u> </u> Amp	Pancurônio <u> </u> Amp		
Agua dest. 10 <u> </u> Fr	Fentanil <u>01</u> Amp	Propofol <u> </u> Amp		
Bic. de sódio <u> </u> Fr	Furosemida <u> </u> Amp	Ranitidina <u> </u> Amp		
Bupivacaína 0,5% <u> </u> Amp	Glicose 50% <u> </u> Amp	Sevoflurano <u>01</u> Fr		
Cefazolina <u> </u> Fr	Hidrocodona <u> </u> Fr	Suxametônio <u> </u> Amp		
Cetamina <u>01</u> Amp	Isoflurano <u> </u> Fr	Sufentanil <u> </u> Fr		
Cetoprofeno <u> </u> Fr	Lidocaína 2% <u>01 cl/uso</u> Amp	Soro Glicosado <u> </u> Amp		
Clonidina <u> </u> Amp	Midazolam <u>01</u> Amp	Soro fisiológico <u> </u> Amp		
Dexametazona <u>01</u> Amp	Morfina <u> </u> Amp	S. Ringer lactato <u>01</u> Fr		
Diazepam <u> </u> Amp	Naloxona <u> </u> Amp	Tramadol <u> </u> Amp		
Dipirona <u>02</u> Amp	Neostigmina <u> </u> Amp	<u> </u> Amp		

Data: 08/02/18

Novadrop 0,5% cl vaso - 1 fr
Novadrop 0,5%

Anestesiologista



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:37:30

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108373018600000010018393

Número do documento: 20070108373018600000010018393



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



POSIÇÃO
DE
TUBERCU
LA

NOME DO PACIENTE	PROPRÁRIO	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA: 07/07/2020 HORA: 08:30	ALERGIAS	PROPRÁRIO	DIAGNÓSTICO	CLÍNICA	ENE ou APE	LEITO
100 Kellen Mendes Lourenço	1766886	100 - Glicose 120mg 2x1	100 - Glicose 120mg 2x1	100 - Glicose 120mg 2x1					234	
101 - Glicose 120mg 2x1										
102 - Glicose 120mg 2x1										
103 - Glicose 120mg 2x1										
104 - Glicose 120mg 2x1										
105 - Glicose 120mg 2x1										
106 - Glicose 120mg 2x1										
107 - Glicose 120mg 2x1										
108 - Glicose 120mg 2x1										
109 - Glicose 120mg 2x1										
110 - Glicose 120mg 2x1										
111 - Glicose 120mg 2x1										
112 - Glicose 120mg 2x1										
113 - Glicose 120mg 2x1										
114 - Glicose 120mg 2x1										
115 - Glicose 120mg 2x1										
116 - Glicose 120mg 2x1										
117 - Glicose 120mg 2x1										
118 - Glicose 120mg 2x1										
119 - Glicose 120mg 2x1										
120 - Glicose 120mg 2x1										

MEDICO/CRM:

Mod: 007



Hospital
Universitário

EBSERH

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROCEDIMENTOS CIRURGICOS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		
Nº DO PRONTUÁRIO 4304291	ENFERMARIA/LEITO	IDADE 26 Anos
ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) RUA NOSSA SENHORA DAGUIA, 3281, VILA IRMA DULCE		
CPF 3359054393	RG 2768736	TELEFONE DE CONTATO (96) 996318321 / (86)
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (No caso do paciente legalmente Incapaz)		
NOME DO RESPONSÁVEL O Sr. SMO		
ENDEREÇO TERESINA		TELEFONE DE CONTATO

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, fica devidamente **AUTORIZADO** o médico CRM: _____ e os demais médicos vinculados à assistência, a realizar o seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s):

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020393
CLÍNICA Cirurgia	Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 99434393353
DATA DA SOLICITAÇÃO 02/02/2018	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	

O (s) procedimento (s) propostos foram devidamente explicados quanto aos benefícios, riscos, complicações e alternativas de tratamento possíveis. Houve a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia

Para a realização do (s) procedimento (s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais, e ainda a transfusão de sangue.

Poderão ocorrer, além dos efeitos anestésicos, complicações cardiovasculares, respiratórias e gastrointestinais, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Nessas situações a equipe médica fica autorizada a realizar outros procedimentos, exames ou tratamentos que possam ser necessários para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente poderá ser encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico ou tratamento.

do sido explicado pela equipe médica, inclusive quanto à possibilidade de revogação desse termo, certifico o entendimento e autorizo a realização do procedimento (s) proposto (s).

Teresina, ____/____/____, às ____ horas e ____ minutos
(☐) PACIENTE (☐) RESPONSÁVEL

Assinatura do paciente ou responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei o(s) procedimento(s), exame(s), tratamento(s) e/ou cirurgia(s) ao paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos.

NOME DO MÉDICO Dr. Lafayette Macedo	CRM DO MÉDICO 6474
--	-----------------------

Assinatura do Médico

Circunstâncias de Emergência/Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido":

Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente e/ou responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado.

OBRIGATORIAS AS ASSINATURAS DE DOIS MÉDICOS NESTE CAMPO:

Assinatura do MÉDICO A / Nº CRM	Assinatura do MÉDICO B / Nº CRM
---------------------------------	---------------------------------

1ª via: Hospital (no prontuário) / 2ª via: Paciente

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella Bairro Ininga Teresina - PI - CEP: 64.048-550 - Fone (086) 3228-5268/3228-5310



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:37:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108373018600000010018393>

Número do documento: 20070108373018600000010018393



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

PIA

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 126101868	Nº DA REGULAÇÃO: 14553
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU - (86) 3229-4321	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITARIO HU	
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	
PACIENTE: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	NASCIMENTO: 11/04/1998

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: "ACIDENTE DE MOTO" TRAUMA EM MSD. FRATURA EM DIAFISE DE UMEROS (D).			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: RX DE OMBRO D: FRATURA EM DIAFISE DE UMEROS (D).			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:		FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:
GLICEMIA:		NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
USO DE O2:			
USO DE DROGAS VASOATIVAS:			
USO DE ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: IMOBILIZAÇÃO			

(*) É importante que seja anexada a última prescrição e os exames realizados para melhor continuidade do tratamento

DATA: 02/02/2018 12:37:07

 MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO
--





Paciente: 30000109 Roberto de Jesus 24 ano 4304 29 Enf / Leito: 747
Unidade Assistencial: _____ Especialidade: Cardiologia Mês: dezembro, 20? 7

ESCALA DE BRADEN

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO TOTAL

1. Nome do paciente: **EDNAN SOARES COUTINHO**
 2. Data de nascimento: **22/07/1991**
 3. Sexo: **M**
 4. Estado Civil: **C**
 5. Profissão: **Desempregado**
 6. Endereço: **Rua ... nº ...**
 7. Cidade: **...**
 8. Estado: **...**
 9. CEP: **...**
 10. Telefone: **...**
 11. E-mail: **...**
 12. Data de entrada: **...**
 13. Data de saída: **...**
 14. Motivo de internação: **...**
 15. Tipo de internação: **...**
 16. Plano de saúde: **...**
 17. Valor da diária: **...**
 18. Valor do tratamento: **...**
 19. Valor da alimentação: **...**
 20. Valor da medicação: **...**
 21. Valor da lavanderia: **...**
 22. Valor da limpeza: **...**
 23. Valor da segurança: **...**
 24. Valor da energia: **...**
 25. Valor da água: **...**
 26. Valor do transporte: **...**
 27. Valor do estacionamento: **...**
 28. Valor do seguro: **...**
 29. Valor do imposto: **...**
 30. Valor do frete: **...**
 31. Valor do frete: **...**
 32. Valor do frete: **...**
 33. Valor do frete: **...**
 34. Valor do frete: **...**
 35. Valor do frete: **...**
 36. Valor do frete: **...**
 37. Valor do frete: **...**
 38. Valor do frete: **...**
 39. Valor do frete: **...**
 40. Valor do frete: **...**
 41. Valor do frete: **...**
 42. Valor do frete: **...**
 43. Valor do frete: **...**
 44. Valor do frete: **...**
 45. Valor do frete: **...**
 46. Valor do frete: **...**
 47. Valor do frete: **...**
 48. Valor do frete: **...**
 49. Valor do frete: **...**
 50. Valor do frete: **...**
 51. Valor do frete: **...**
 52. Valor do frete: **...**
 53. Valor do frete: **...**
 54. Valor do frete: **...**
 55. Valor do frete: **...**
 56. Valor do frete: **...**
 57. Valor do frete: **...**
 58. Valor do frete: **...**
 59. Valor do frete: **...**
 60. Valor do frete: **...**
 61. Valor do frete: **...**
 62. Valor do frete: **...**
 63. Valor do frete: **...**
 64. Valor do frete: **...**
 65. Valor do frete: **...**
 66. Valor do frete: **...**
 67. Valor do frete: **...**
 68. Valor do frete: **...**
 69. Valor do frete: **...**
 70. Valor do frete: **...**
 71. Valor do frete: **...**
 72. Valor do frete: **...**
 73. Valor do frete: **...**
 74. Valor do frete: **...**
 75. Valor do frete: **...**
 76. Valor do frete: **...**
 77. Valor do frete: **...**
 78. Valor do frete: **...**
 79. Valor do frete: **...**
 80. Valor do frete: **...**
 81. Valor do frete: **...**
 82. Valor do frete: **...**
 83. Valor do frete: **...**
 84. Valor do frete: **...**
 85. Valor do frete: **...**
 86. Valor do frete: **...**
 87. Valor do frete: **...**
 88. Valor do frete: **...**
 89. Valor do frete: **...**
 90. Valor do frete: **...**
 91. Valor do frete: **...**
 92. Valor do frete: **...**
 93. Valor do frete: **...**
 94. Valor do frete: **...**
 95. Valor do frete: **...**
 96. Valor do frete: **...**
 97. Valor do frete: **...**
 98. Valor do frete: **...**
 99. Valor do frete: **...**
 100. Valor do frete: **...**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Hospital
Universitário

UNIDADE CARDIOVASCULAR

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

NOME: Emília Kelen Mendes Coelho DATA: 05/07/18

CIRURGIA PROPOSTA: Patel. imune TIPO DE ANESTESIA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | |
|---|--|
| ☐ HAS | ☐ Angioplastia com stent há _____ |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ AVC prévio |
| ☐ Tabagismo | ☐ Cirurgias _____ |
| ☐ IAM prévio | ☐ Alergia a medicamentos _____ |
| ☐ Revascularização do miocárdio há _____ | ☒ Outros: <u>Exame realizado</u> |

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

☒ Assintomático ☐ Angina (CCS) I II III IV ☐ Insuficiência cardíaca CF (NYHA) I II III IV

MEDICAÇÕES EM USO: _____

EXAME FÍSICO:
FC: 75 bpm PA: 110x70 mmHg AC: ACA, BNA, SS AP: mv bilateral

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG: ☒ normal ☐ alterado
RX de tórax: ☒ normal ☐ alterado
Ecocardiograma: EC: 64% - Antec. da cirurgia da valvulopatia
Outros: _____
Hb: 12.7 Hto: 40.2 Pla: 234 INR: _____ TTPA: _____ Na: _____ K: _____ Ur: 23.2 Cr: 1.2 Glic: _____ TGO: _____ pCO2: _____ pO2: _____

ALGORITMO DO AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (ACP):

- | | |
|--|--|
| ☐ IAM < 6 meses (10 pontos) | ☐ Ritmo não-sinusal ou com EEAA (5 pontos) |
| ☐ IAM > 6 meses (5 pontos) | ☐ > 5 ECVV no ECG (5 pontos) |
| ☐ Angina Classe III (10 pontos) | ☐ pO2 < 60, pCO2 > 50, K < 3, Ur > 50, Cr > 3,0 ou restrito ao leito (5 pontos) |
| ☐ Angina Classe IV (20 pontos) | ☐ Idade > 70 anos (5 pontos) |
| ☐ EAP na última semana (10 pontos) | ☐ Cirurgia de emergência (10 pontos) |
| ☐ EAP alguma vez na vida (5 pontos) | |
| ☐ Suspeita de EAO crítica (20 pontos) | |

Se 0-15 pontos, avaliar número de variáveis de Eagle e Vanzetto para discriminar os riscos baixo e intermediário.

- | | |
|---|--|
| ☐ Idade > 70 anos | ☐ História de ICC |
| ☐ História de angina | ☐ História de IAM |
| ☐ DM | ☐ Alterações isquêmicas do ST |
| ☐ Ondas Q no ECG | ☐ HAS com HVE importante |

☒ Baixo risco (0-15%) 0-1 variáveis
☐ Risco intermediário (15-20%) 2-3 variáveis
☐ Alto risco (>20%) > 3 variáveis

ALGORITMO DE LEE

- ☐ Operação intraperitoneal, intratorácica ou vascular suprainguinal
☐ História de doença arterial coronariana
☐ História de insuficiência cardíaca
☐ História de doença cerebrovascular
☐ Diabetes mellitus com insulinoterapia
☐ Creatinina pré-operatória > 2,0mg/dL

Classificação do risco (%) de complicações cardíacas maiores

- ☒ I (0,4%) Nenhuma variável (Muito baixo)
☐ II (0,9%) 1 variável (Baixo)
☐ III (6,6%) 2 variáveis (Moderado)
☐ IV (11%) ≥ 3 variáveis (Alto)

CONDIÇÃO: baixo risco para a proposta

proposta

segua

leia

Assinatura/carimbo

2011 Conselho Júnior
IMC MEDICA
2011





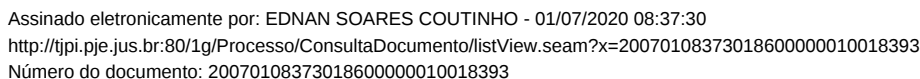
GIASEGURA - CHECKLIST
Francisco Kelsen - Illand -
Coelho - 41A

- ☒ Conferir a identificação do paciente
☒ Conferir o tipo de cirurgia agendada
☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
☐ Confirmar reserva de vaga na UTH, se necessário
☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
☒ Retirar peças íntimas
☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jaleco nº 20 ou menor que 20
☒ Verificar instalação de hidratação venosa com soro fisiológico a 0,9%
☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
☒ Avaliar estado geral do paciente
☒ Fazer o registro de enfermagem no prontuário
☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico em enfermagem, 30 minutos antes do horário agendado para o procedimento
- Coelho: - 41A
 P.A.: 140 X 80 mmHg
 F.C.: 58 bpm
 P.E.: 16
 T.: 36,5°C

Data: 08 de fevereiro de 2018

Enfermeiro responsável:

~~Pablo Hernandez, Sr. Malta~~
~~ENTERED IN~~
~~CORRECTIONAL~~



[illegible]

[illegible]

Legenda: ITU – Infecção do trato urinário; NPT – Nutrição parenteral; SNC – Sistema Nervoso Central; CID – Código Internacional de Doença;





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : WILSON PASSINHO PESSOA

Id, Sx : 74a , M

Pedido: 3914747

Médico: SEM SOLICITANTE

Emissão: 02/02/2018 Às 15:23

Fl. 3/3

Registro: 1137813

Clinica: UTIN

Origem: HUT-HUT

Destino: HUT

Cadastro: 26/01/2018 Às 00:01

Criado em 26/01/2018 Às 00h 30min

HEMOGRAMA COMPLETO

Literado em 26/01/2018 Às 00h 30min

ERITOGAMA

Hemácias 4.52 milhões/mm³
Hemoglobina 13.8 g/dL
Hematócrito 40.8 %
V.C.M. 90.3 fL
H.C.M. 30.5 uug
C.H.C.M. 33.8 g/dL
R.D.W. 13.6 %
Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias 4.50 a 6.50 milhões/mm³
Hemoglobina 12.50 a 18.00 g/dL
Hematócrito 40.00 a 54.00 %
V.C.M. 86.00 a 106.00 fL
H.C.M. 27.00 a 32.00 uug
C.H.C.M. 32.00 a 36.00 g/dL
R.D.W. 11.00 a 14.00 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos 17800 mm³
Neutrófilos 15486 mm³ 87.0 %
Segmentados 15130 mm³ 85.0 %
Bastões 356 mm³ 2 %
Metamielócitos 0 mm³ 0.0 %
Mielócitos 0 mm³ 0.0 %
Promielócitos 0 mm³ 0.0 %
Eosinófilos 356 mm³ 2.0 %
Basófilos 0 mm³ 0.0 %
Linfócitos 1424 mm³ 8.0 %
Monócitos 534 mm³ 3.0 %
Observações
LEUCOCITOSE

VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos 4.000 a 10.000/mm³
Neutrófilos 40 a 70 %
Segmentados 40 a 70 %
Bastões 0 a 5 %
Metamielócitos 0 a 5 %
Mielócitos 0 a 5 %
Promielócitos 0 a 5 %
Eosinófilos 0 a 5 %
Basófilos 0 a 5 %
Linfócitos 1.000 a 4.000/mm³
Monócitos 0 a 1.000/mm³

Contagem de PLAQUETAS 459000 mm³

Observações

PRESENÇA DE GRUMOS PLAQUETÁRIOS

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm³

Método: Automação

Material: SANGUE TOTAL

Liberado por: Marina Olimiana Rocha - CRM-PI-447



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:37:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108373018600000010018393>

Número do documento: 20070108373018600000010018393



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : **WILSON PASSINHO PESSOA**

Id, Sx : 74a , M

Pedido: 3914747

Médico: SEM SOLICITANTE

Emissão: 02/02/2018 às 15:23

Fl. 2/3

Registro: 11273813

Clinica: UTIN

Origem : HUT-HUT

Destino: HUT

Cadastro: 26/01/2018 às 00:01

Coletado em 26/01/2018 às 00h 30min
SÓDIO

Liberado em 26/01/2018 às 00h 40min

RESULTADO: 140.4 mmol/L

Método: Seletivo

Material: SORO

VALORES DE REFERÊNCIA: 134 a 145 mmol/L

Liberado por: Conscrição de Maria Andrade Bastos - CRM-
PI-144

Data 25/01/2018 10:39
Sódio 144.0

01/10/2017 20:57
141.1

Coletado em 26/01/2018 às 00h 30min
POTÁSSIO

Liberado em 26/01/2018 às 00h 40min

RESULTADO: 4.07 mmol/L

Método: Seletivo

Material: SORO

VALOR DE REFERÊNCIA: 3,5 a 5,3 mmol/L

Liberado por: Conscrição de Maria Andrade Bastos - CRM-
PI-144

Data 25/01/2018 10:39
Potássio 3.74

01/10/2017 20:57
3.86

Coletado em 26/01/2018 às 00h 30min
MAGNÉSIO

Liberado em 26/01/2018 às 00h 40min

RESULTADO: 2.09 mg/dL

Método: Colorimétrico

Material: SORO

VALOR DE REFERÊNCIA: 1,5 a 2,5 mg/dL

Liberado por: Conscrição de Maria Andrade Bastos - CRM-
PI-144

Data 25/01/2018 10:39
Magnésio 2.12





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Fl. 1/3

Nome : **WILSON PASSINHO PESSOA**

Id, Sx : 74a , M

Pedido: 3914747

Médico: SEM SOLICITANTE

Emissão: 02/02/2018 às 15:23

Registro: 41272813

Clinica: UTIN

Origem : HUT-HUT

Destino: HUT

Cadastro: 26/01/2018 às 00:01

Coletado em 25/01/2018 às 08h 30min

URÉIA

RESULTADO: 103 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado em 26/01/2018 às 00:01

VALOR DE REFERÊNCIA: 15 a 45 mg/dL

Liberado por Conceição de Maria Andrade Bastos - CRP-
PI-1246

Data 25/01/2018 10:39
Uréia 77

01/10/2017 20:57
42

Coletado em 25/01/2018 às 08h 30min

CREATININA

RESULTADO: 1.7 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado em 26/01/2018 às 00:01

VALORES DE REFERÊNCIA
Homens : até 1,3 mg/dL
Mulheres: até 1,1 mg/dL

Liberado por Conceição de Maria Andrade Bastos - CRP-
PI-1246

Data 25/01/2018 10:39
reatinina 1.6

01/10/2017 20:57
1.0

Coletado em 25/01/2018 às 08h 30min

CÁLCIO IONIZADO

RESULTADO: 1.147 mmol/L

Método: Ion Seletivo

Material: SORO

Liberado em 26/01/2018 às 00:01

VALOR DE REFERÊNCIA: 1,1 a 1,3 mmol/L

Liberado por Conceição de Maria Andrade Bastos - CRP-
PI-1246

Data 25/01/2018 10:39
CAIO 1.190

01/10/2017 20:57
1.168





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
Id, Sx : 26a , M
Pedido: 3926400
Médico: SEM SOLICITANTE
Emissão: 02/02/2018 às 15:26

Fl. 1/1
Registro: 1133.646
Clínica: P01
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 02/02/2018 às 11:02

Cotado em 02/02/2018 às 11h 03min

HEMOGRAMA COMPLETO

Liberado em 02/02/2018 às 11h 03min

ERITOGRAMA

Hemácias 4.93 milhões/mm³
Hemoglobina 14.9 g/dL
Hematócrito 43.2 %
V.C.M. 87.6 fL
H.C.M. 30.2 ug
C.H.C.M. 34.5 g/dL
R.D.W. 12.7 %
Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Adulta
4,20 a 5,40 milhões/mm³
11,50 a 16,00 g/dL
37,00 a 47,00 %
82,00 a 102,00 fL
27,00 a 32,00 ug
32,00 a 36,00 g/dL
11,00 a 14,00 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos 11100 mm³
Neutrófilos 9435 mm³ 85.0 %
Segmentados 9324 mm³ 84.0 %
Bastões 111 mm³ 1 %
Metamielócitos 0 mm³ 0.0 %
Mielócitos 0 mm³ 0.0 %
Promielócitos 0 mm³ 0.0 %
Eosinófilos 0 mm³ 0.0 %
Basófilos 0 mm³ 0.0 %
Linfócitos 1332 mm³ 12.0 %
Monócitos 333 mm³ 3.0 %
Observações
NEUTROFILIA
ALGUNS NEUTROFILOS COM GRANULAÇÕES TÓXICAS FINAS

VALORES DE REFERÊNCIA

Adultos
4.000 a 10.000/mm³
50 a 70 %
10 a 15 %
0 a 5 %
0 a 5 %
0 a 5 %
0 a 5 %
0 a 5 %
1.000 a 4.000/mm³
200 a 500/mm³

Contagem de PLAQUETAS 323000 mm³
Observações

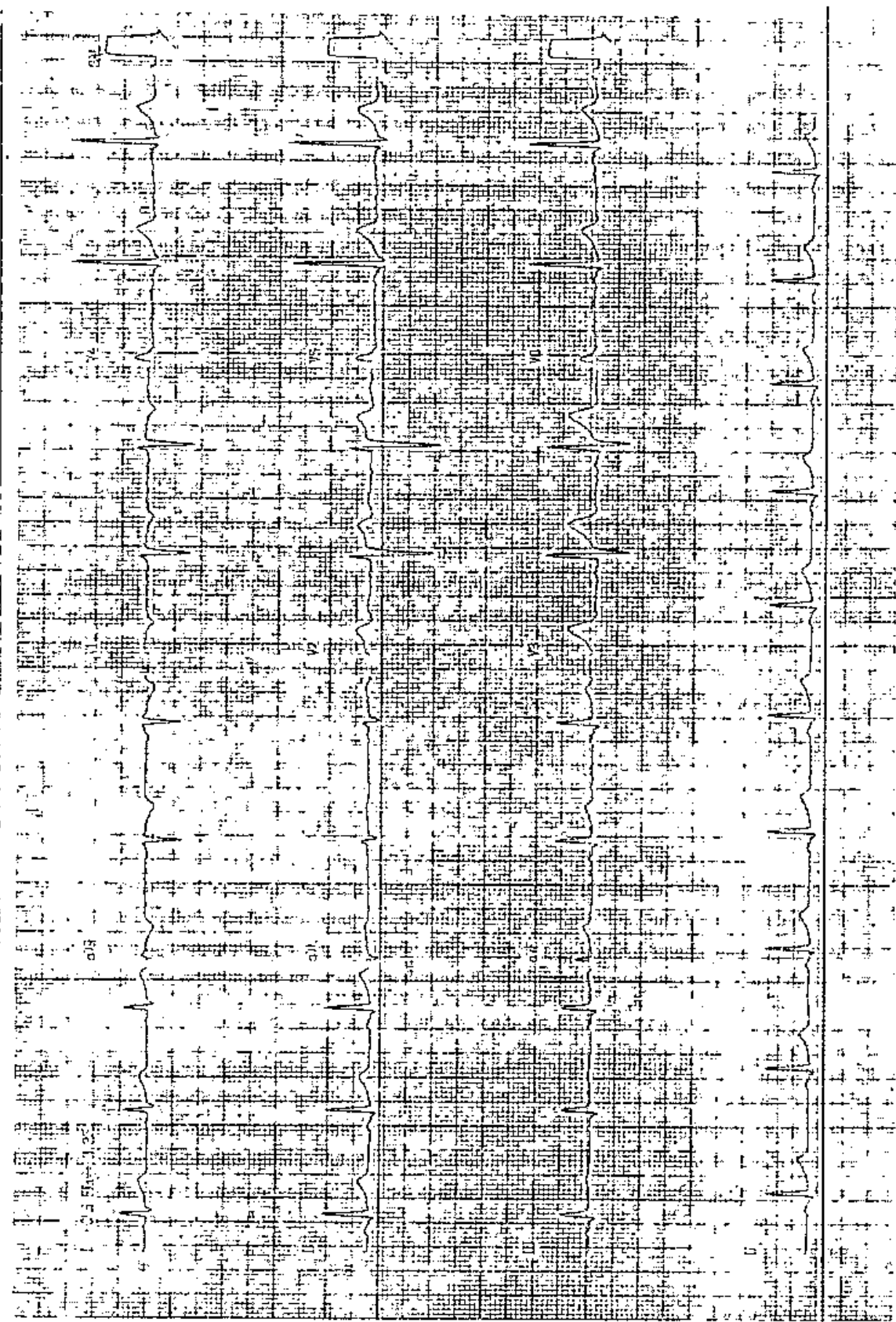
VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm³

Método: Automação
Material: SANGUE TOTAL

Liberado por: Rafael de Castro Andrade Carvalho - CRM-
PI-501



41A - Francisco Kelson M. Coelho
data: 05/02/18 26 cm



Num. 10556479 - Pág. 44

ESER

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Hospital
Universitário

Nome do Paciente		Prontuário		Data de Nascimento	
FRANCISCO RAISON MENDES COELHO		4304251		28/07/1991	
Data de Exame	Idade	Sexo	ECGPT	Nome da Mãe	
11/04/1991	26	Masculino	2768725	HENEDITA MENDES DE COELHO	
Profissional Realizante		Código		Data de Exame	
JOAO ROBERTO LIMA JUNIOR		6656		11/04/2018	

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

Informações Clínicas:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

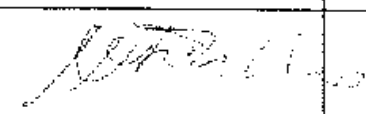
Peso: Kg Altura: Cm SupCorpo: m²

MEDIDAS ECOCARDIOGRÁFICAS

Valores de Referência:

Diâmetro da Aorta.....	3,0	Cm	(2,0 a 3,7)
Diâmetro do Átrio Esquerdo.....	3,3	Cm	(1,9 a 4,0)
VE - Diâmetro Diastólico Final.....	4,5	Cm	(3,5 a 5,6)
VE - Diâmetro Sistólico Final.....	3,0	Cm	(2,6 a 3,9)
Espessura Diastólica de Septo.....	1,0	Cm	(0,6 a 1,1)
Espessura Diastólica da Parede Posterior..	1,0	Cm	(0,6 a 1,1)
Fração de Ejeção(Teichholz).....	64	%	(> 55)
Volume VE Diastólico Final.....	97,3	ml	(51 a 154)
Volume VE Sistólico Final.....	35,0	ml	(25 a 66)
Massa do Ventrículo Esquerdo.....	184,2	g	(até 215)
Massa / Superfície Corporal.....		g/m ²	

***** CONTINUA *****
(Folha 1 de 2)

Nome		M. Profissional	
EDNAN NUNES DE LIMA FILHO		CSN 2413	
Data		Assinatura	
05/02/2018			

Impressão somente para visualização. Não pode ser validada



EBSER

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

UFHospital
Universitário

Nome do Paciente				Exatidão		Data de Exatidão	
FRANCISCO KESLOW NUNES CORREIA				4/04/2011		20/05/2018	
Nascimento	Idade	Sexo	Religão	Nome da Mãe			
11/04/1991	26	Masculino	CATÓLICO	BENEDITA NUNES DE CORREIA			
Profissional Solicitante				Exatidão		Data de Exatidão	
JOÃO NORIVAL LIMA JUNIOR				5505		20/05/2018	

LAUDO DESCRITIVO**COMENTÁRIOS:**

viduades cardíacas e espessura miocárdica com dimensões normais.
Ventriculo esquerdo com função sistólica global normal, sem alteração da contração segmentar.
Função diastólica normal.
Ventriculo direito com função sistólica normal (análise subjetiva).
Vias de saída dos ventrículos sem obstruções.
Valvas com textura e abertura normais.
Arco aórtico e artéria pulmonar com diâmetros normais.
Pericárdio normal.

CONCLUSÃO:

EXAME DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.

Médico Executor: DR. NEWTON NUNES DE LIMA FILHO - CRM 2419 PI

***** FIM *****

(Folha 2 de 2)

Assinatura	
Nome	UF Conselho
NEWTON NUNES DE LIMA FILHO	CRM 2419 PI
05/02/2018	
Data	

Assinatura eletrônica para visualização. Não pode ser validada





Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO		PRONTUARIO: 430429/1	
DATA: 10/02/2018		HORÁRIO: 10:30	CLÍNICA: P4
		ENF/LEITO: 41 A	
1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ALTA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) DESORIENTADO () TORPOROSO ()			
RESPOSTA MOTORA: (X) SEM DEFICIT MOTOR () COM DEFICIT MOTOR () PLEGIA			
RESPOSTA VERBAL FÁSICA (X) DISÁRTRICO () AFÁSICO ()			
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA			
IDE RECEITUÁRIO (PACO, FLANCOX E CEFALEXINA)			
3. DISPOSITIVO EM USO		SIM	NÃO
CURATIVO		X	
CATETER DE DUPLO LUMEN			X
SONDA VESICAL DE DEMORA			X
SONDA VESICAL DE ALÍVIO			X
DRENO			X
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO			X
SONDA ENTERAL/ NASOGÁSTRICA			X
COLOSTOMIA			X
OUTRO. ESPECIFIQUE:			X
4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA:			
RETORNO AO AMBULATÓRIO COM 15 DIAS COM DR. OSVALDO. USO DA TIPÓIA POR 30 DIAS. RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS AQUI NO HU OU POSTO DE SAÚDE.			
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: GRAU I (X) GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()			
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: AMBULATÓRIO DO HU			
*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA			
GRAU I *DEAMBULA SEM AUXÍLIO; *TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO *ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO		GRAU II *NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO *QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO; *ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO; *PRESENÇA DE SVD, SNG CURATIVOS E OUTROS; *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE ROTINA;	
GRAU III *NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS COMPLEXOS; *ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO; *OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE;		GRAU IV *ACAMADO NO LEITO *HIGIENE NO LEITO; *ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL; *REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA; *COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS; *INCONSCIENTES OU COM DEVIÓ NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.	

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO



Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Kelson Mendes Coelho
Idade: 26 anos 9 meses
Data internação: 02/02/2018
Convênio: SUS
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura
Divisão de Gestão do Cuidado

Prontuário: 430429/1
Leito: 0041A
Permanência: 8 dias

Sexo: Masculino
Data Alta: 10/02/2018

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
fratura da diáfise do úmero (S42.3)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura da diáfise do úmero (S42.3)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas
08/02/2018 Tratamento cirurgico de fratura da diafise do umero
Consultorias
05/02/2018 CARDIOLOGIA

4. EVOLUÇÃO

PACIENTE NO 2º DPO DE OSTEOSINTESE DE UMEMO DIREITO. PACIENTE APRESENTA BOA EVOLUÇÃO, QUEIXANDO-SE DE DISCRETAS DORES EM BRAÇO DIREITO. FO LIMPA E SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ORIENTADO PARA USAR TIPOIA POR 30 DIAS E RETORNO AMBULATORIAL EM 15 DIAS COM DR OSVALDO.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Medicamentos Prescritos na Alta
PACO 30MG + 500 MG -- 1 CAIXA -- Uso Interno
FLANCOX 400 MG -- 1 CAIXA -- Uso Interno
CEFALEXINA 500 MG -- 28 COMPRIMIDOS -- Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

10/02/2018, 10:01 h.

Dr. JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR CRM 6606

Dr. João Norival Lima Júnior
CRM: 6606 / MA: 9625



Hospital
Universitário

Sumário de Alta

Identificação

Francisco Kelson Mendes Coelho

Leito: 0041A

430429/1

MPAR_SUMARIO_ALTA 10/02/2018 10:08:05 869578-36971-1

O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:37:30
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108373018600000010018393
Número do documento: 20070108373018600000010018393

Num. 10556479 - Pág. 48

C 417-GS 02/02/18

ID 14553

65-49071



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina

SU

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

HV

P. 11

NOME DO HOSPITAL:

CONTATO FEITO COM:

CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

Francisco Felipe Soares Coelho

IDADE:

26

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

RESPONSÁVEL:

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Acidente com moto
Trauma em MSD
F.B. 1300

EXAMES REALIZADOS:

Rx anteroposterior do fêmur direito
de fratura

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur direito / 542.3
0409020393

TRATAMENTO REALIZADO:

Inchimento

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

02/08/2018

JOÃO PEDRO NEJO
Médico Especialista em Ortopedia
CRM 1556
CPF 020.597.373-14

Ass. e carimbo do médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOÃO DE DEUS MARTINS

Francisco Kelson Mendes Coelho

82113003

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.768.736 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/07/13

NOME FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

PAIÇÃO

BENEDITA MENDES COELHO
DOMINGOS GOMES COELHO

DATA DE NASCIMENTO 11/04/1991

DOC. ORIGEM TERESINA-PI

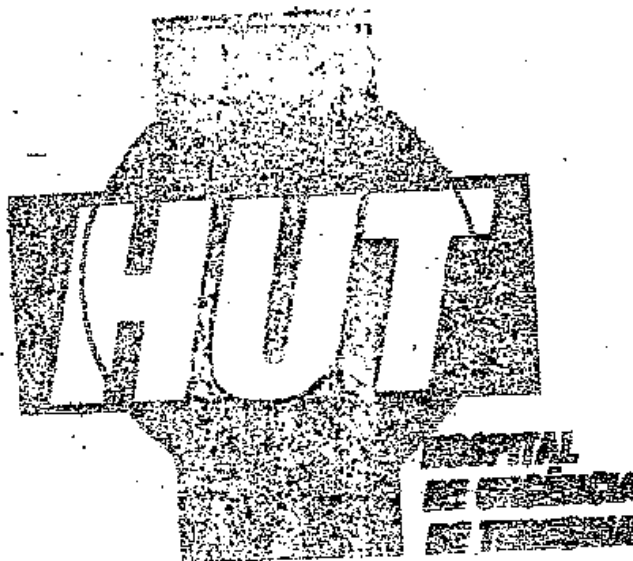
CERT. NASC. 57677 L A 76 F 02

EXP. TERESINA-PI 18/06/93

TERESINA-PI

033.590.543-09

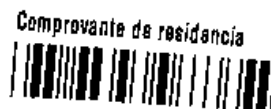
LEI Nº 7.116 DE 24/06/93 - DECRETO Nº 85.200/93



NOME DO PACIENTE: Francisco Nelson Mendes Coelho
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 466986

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO KELSON NEVES COELHO

RG nº 2.768.736, data de expedição 10/07/13, Órgão SSP/PI

CPF nº 033.590.543-93, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA COSMICO
Número	3281
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ANGELIM
Cidade	TERESINA
Estado	PIAUÍ
CEP	64040-535
Telefone de Contato	(86) 9 9831-5698
E-mail	FCO.KELSON.MDELMO@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA, 30, JULHO, 2018

Assinatura do Declarante: Francisco Kelson Neves Coelho





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.303-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda sob o nº 007902961

Para contato com o
Distribuidor, informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO
0768807-5

Nº da Nota Fiscal

007902961

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEh, criada
pela Lei nº 20.412 de 26 de abril de 2002.

CONTA RES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	10/07/2018	225	217,43

BENEDITA MENDES DE MOURA
R. COSMICO 3281 ANGELIM
CPF: 00076654788320
CEP: 64.040-535 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	DADOS DA LEITURA
Atual: 10433	Atual: 04/07/2018
Anterior: 10208	Anterior: 05/06/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima leitura: 02/08/2018
Consumo Medido: 225	Então: 02/07/2018
Consumo Faturado: 225	Apresentação: 04/07/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classificação: RESIDENCIAL
Endereço: MORO
Número Medidor: A1448984
Posto: 1.1.1.1
Média 12 meses: 230

HISTÓRICO LEM	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/18 177	CONSUMO 225 A R\$ 0,893888 = 201,12
MAR/18 177	CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP) 16,31
ABR/18 240	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 11,24
MAR/18 153	
FEV/18 139	
JAN/18 186	
DEZ/17 269	
NOV/17 451	
OUT/17 233	
SET/17 267	
TARIFA COM TRIBUTOS: R\$ 225 - 0,004890	

ATENÇÃO: IMPORTANTE / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/07/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O seu pagamento poderá gerar facilidades e inclusão da nome do consumidor na BANCAL Informamos ainda existirem contas vencidas e de reavizadas no valor de R\$ 7.255,35 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1: 5: 10: 15: 20: 25

RESERVAÇÃO AO FISCAL 8958.2758.D6F4.C9E6.572D.C308.8066.AFD1

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 38,80	Base de Cálculo: 201,12
Energia: 73,78	Alíquota ICMS: 27,00%
Tratamento: 11,60	Valor do ICMS: 54,30
Energia: 11,75	Valor do IPTU: 1,95
Tributos: 65,19	Valor do CONTRIB: 6,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94
0,00 0,00

POLO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.303-3

SEU CÓDIGO
0768807-5

MES FATURADO
07/2018

Nº da Nota Fiscal

05/2018

007902961

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

FCAM

SEQ.: 00237 UC: 0768807-5 DT.LEIT.: 04/07/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 10433 NORMAL TOTAL: 217,43 CARGA: 004
DT.VENC.: 10/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2151



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:37:30

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108373018600000010018393

Número do documento: 20070108373018600000010018393

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO KELSON MENDES COELHO,

RG nº 2.768.736, data de expedição 10/07/13, Órgão SSP/PE,

CPF nº 033.590.543-93, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA NOSSA SENHORA DA GUÍA</u>
Número	<u>328A</u>
Apto/Complemento	<u>IRMÃ DULCE</u>
Bairro	<u>ANGELIM</u>
Cidade	<u>TORREANA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64040535</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 9 9811-5698</u>
E-mail	<u>FCD Kelson M COELHO@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Torreana, 04 de julho de 2018

Assinatura do Declarante: Francisco Kelson Mendes Coelho

889800413



Via de Pagamento para o mes/ano: 06/2018 referente a UC: 7683075



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

DE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 6582770

BENEDITA MENDES DE MOURA (nome de solteira da mãe)

R. COSMICO, 3281,

ANGELIM

64040535 TERESINA

Pl

CÓDIGO ÚNICO 7688075	MÊS 06/2018	PERÍODO DE CONSUMO 04/05/2018 a 05/06/2018
CONSUMO (kWh) 192	VENCIMENTO 12/06/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 162,30

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorta aqui



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

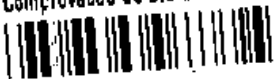
CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
7688075	06/2018	R\$ 162,30

836400000011.623000170000.000000007682.807506180056

Printed by the University Press, Cambridge



Comprovação de ato do anelório



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Cidade-Símbolo	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indicícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
Tipo da 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			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
	23 Glasgow	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais vitais	25 Local da lesão
Exame Físico	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhuma	Pulso: 88 Resp.: PA: TAX: 96 SatO2: 96	Diagrama do corpo humano com setas indicando a localização da lesão.
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino			
	33 Condições de entrada	34 Óbito			
Hospital de Destino	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Assinaturas				

Estado do Piauí Prefeitura Municipal de Teresina		REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU		SAMU 192	
Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município/UF	13 Ponto de referência			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indicadores de ingestão de bebida alcoólica			
Tipo da Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Víctima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow				
Assistência	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas				
	27 Pulso				
Observações Interdisciplinares	28 Sangramento				
	29 Dor				
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
35 Responsável pela recepção					
36 Responsável pelo atendimento					
37 Responsável pelo transporte					

Variação: 27.11.2014



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001955/2018-81

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 13/06/2018 - 14:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

02/02/2018 - 01:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

Bairro

AEROPORTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

RG: 2768736SSPPI

Mãe: BENEDITA MENDES COELHO

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DA GUIA, Nº 3861

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9811-5690

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE ANDAVA COMO PASSAGEIRO NO VEÍCULO-1 PEUGEOT, COR PRATA, ANO 2010/2011, PLACA NII-1575, DE PROPRIEDADE DO SR. WALBER JOSÉ PEREIRA FILHO, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, CONDUTOR SR. CARLOS ALBERTO MONTEIRO VELOSO NEYO, QUE O PNEU TRASEIRO DO ESQUERDO DO REFERIDO VEÍCULO, ESTOUROU, SACOU QUE MOTIVOU O ACIDENTE, O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº464936, EM SEGUNDA NO PRONTUÁRIO DE Nº4651201. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0082573
AGÊNCIA DE POLÍCIA

Francisco Kelson Mendes Coelho
FRANCISCO KELSON MENDES COELHO - Notificante
Responsável pela Informação



11-JUL-2018 12:03 484655 1/1

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:37:30

Página 1/1



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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180324739

Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Data do Acidente: 02/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01037/01038 - carta_04 - INVALIDEZ

00050519



Carta nº 13735256



Autorização de pagamento



Autorização de Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

033.590.543-93

Nome completo da vítima

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	CPF titular da conta 033.590.543-93	Profissão AUTONOMO
Endereço RUA NOSSA SENHORA D'ÁGUA	Número 3281	Complemento F.R.M. DULCE
Bairro ANGELIM	Cidade TERESINA	CEP 64040535
Email FCCO.KELSON.MCOELHO@GMAIL.COM	Estado PIAUÍ	Telefone (DDD) 86 99844-5698

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

3467

013

8898-6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Teresina, 04 de julho de 2018

Local e Data

Francisco Kelson Mendes Coelho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

:001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:37:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108373018600000010018393>

Número do documento: 20070108373018600000010018393



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLIND DE ABREU
DATA: 04/07/2016 HORA: 10:07:02
TERMINAL: 20041019 CONTROLE: 200410190124

AGÊNCIA: 3467 - PAULISTANA
CONTA: 013.00008898-6
CLIENTE: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

EXTRAIO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
27/06	0,31
03/07	4.755,00

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			0,31C
----------------	--	--	-------

Junho

19/06	046457	CRED TEV	15,00C
25/06	241959	SAQUE ATM	15,00D
27/06	371532	CRED TEV	20,00C

Julho

01/07	000000	REM BASICA	0,00C
02/07	301528	SAQUE ATM	20,00D
03/07	000237	CRED TED	4.755,00C

RESUMO EM 03/07

SALDO	4.755,31C
-------	-----------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	4.755,31C
SALDO TOTAL	4.755,31C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Nº Sinistro: 3180324739

Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Data do Acidente: 02/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180324739**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01673/01674 - carta_03 - INVALIDEZ



00060937

Carta nº 13266293



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Nº Sinistro: 3180324739

Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Data do Acidente: 02/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180324739**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01889/01890 - carta_03 - INVALIDEZ



00070945

Carta nº 13129366



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Nº Sinistro: 3180324739

Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Data do Acidente: 02/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180324739**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13131395

Pag. 01131/01132 - carta_01 - INVALIDEZ



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257645/18

Número do Sinistro: 3180324739

Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

CPF: 033.590.543-93

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO KELSON
MENDES COELHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018
Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
CPF: 033.590.543-93

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180324739 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES **Data do acidente:** 02/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
COELHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 113598 DE 07/11/2018, QUESITO 5º: NÃO.
DR ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257645/18

Número do Sinistro: 3180324739

Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

CPF: 033.590.543-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2018

Titular do CPF: FRANCISCO KELSON
MENDES COELHO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018
Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
CPF: 033.590.543-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA



() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAVS

VITIMA: **ERAUCCO KELSON MACIELS COELHO**

DATA DO ACIDENTE: **02/02/2018** POSSUI CPF OU SIM () NÃO Nº CPF: **03359054793**

- () 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)

• Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
• Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvasseguradora.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
• Todos os documentos devem estar legíveis

- (X) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- (X) Laudo de Invalidez do INL – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do INL (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do INL
- (X) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DO BENEFICIÁRIO

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () 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 recibos 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

- () 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (INL) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (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 Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

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

- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)

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

- () Declaração de Únicos Herdeiros (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 DO DOCUMENTO

Portador da documentação (Nome): **ERAUCCO KELSON MACIELS COELHO**
Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: **03359054793**
E-mail: **kelsonmacielso@gmail.com** Telefone: **(02) 39941-5698**
Data: **26/11/2018** Assinatura: **Frederico Kubo de Lencastre**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): **Guilherme** Matrícula: **09994797**
Assinatura: **Guilherme**
Data: **26/11/2018**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257645/18
Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
CPF: 033.590.543-93
Data do Acidente: 02/02/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

Outros



FRANCISCO KELSON MENDES COELHO : 033.590.543-93
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/08/2018
Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
CPF: 033.590.543-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocolado em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar,
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

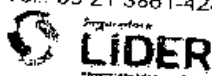
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
artur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904



SECRETARIA DE SEGURANÇA DO PIAUÍ

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"

Rua Francisca de Melo Lobo, s/n.º Sacy - Fone: 85 3220 7373

TERESINA-PI CEP: 64020-190 CNPJ: 06.553.549/0001-90



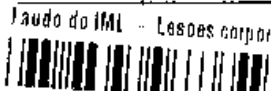
LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Pag: 1 de 1

Identificação do Laudo:

Código: 113598	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 06/11/2018	Remeter para: O mesmo(a)	Data Exame: 07/11/2018	Hora Exame: 08:37
Local Exame: I.M.L.		Assinatura do Laudo: 07/11/2018 08:37:23	

Identificação do Periciando:

Código: 94208	NOME: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO	Nacionalidade: Brasileira	CPF: PARÇA
Dt. Cadastro: 07/11/2018	Endereço: R. NOSSA SENHORA DA GUIA 3281 - ANGELIM - TERESINA - PI	Laudo do IML - Lesões corporais	
Mae: BENEDITA MENDES COELHO	Pai: DOMINGOS GOMES COELHO		
CPF: 033.590.543-93	RG: 2768736-SSP PI	Registro Nascimento:	
Profissão: MOTORISTA	Nascimento: 11/04/1991	Idade (anos): 27	Sexo: M
		Estado Civil: Solteiro(a)	

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando orientado auto e alo psiquicamente para a idade, relata que fora vítima de acidente de trânsito no dia 02 de Fevereiro de 2018, com traumatismo no braço direito. **DESCRIÇÃO:** Apresenta cicatriz de cirurgia ortopédica na região anterior do braço direito. Apresenta uma radiografia que revela osteossíntese de fratura de diáfise de úmero com placa e parafusos. Ao exame físico, membro superior normotrófico, com amplitude de movimentos que não prejudica a função. **DISCUSSÃO:** Fratura de diáfise de úmero direito tratada cirurgicamente, com nexo de causalidade com acidente de trânsito, evoluindo sem sequelas funcionais. Caracterizada incapacidade acima de 30 dias. **CONCLUSÃO:** Fratura de úmero compatível com acidente de trânsito, sem sequelas definitivas. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: Sim 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: Contundente 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: Sim 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: Sim. Incapacidade acima de 30 dias 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: Não 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: Não Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. /////

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
Perito Médico-Legista - CRM 3200 - PI

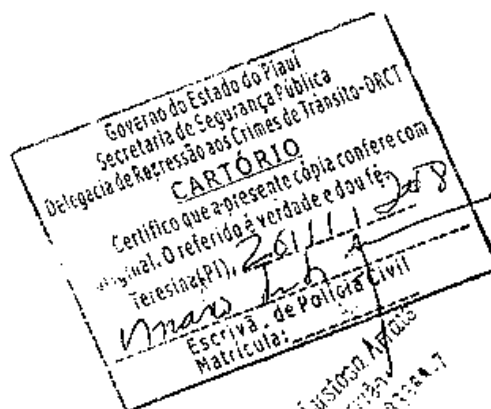
RECEBIDO

04 DEZ 2018

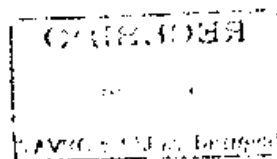
Seguradora Lider DPVAT

Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia de Repressão aos Crimes de Trânsito-DRCT
CARTÓRIO
Mantido que esta cópia confere com o original. O perito de verdade e dou fe.
Teresina, 02 de Novembro de 2018

Escrivão de Polícia Civil
Matrícula:



Marcia Lustosa
Escrivã
Matrícula: 2018/11/2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257645/18
Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
CPF: 033.590.543-93
Data do Acidente: 02/02/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



FRANCISCO KELSON MENDES COELHO : 033.590.543-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2018
Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO
CPF/CNPJ: 033.590.543-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

JULIANA MARQUES RODRIGUES



() MORTE (x) INVALIDEZ PERMANENTE () DANO

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA REABILSON EUSTON MACNEZ RODRIGUES

DATA DO ACIDENTE 02/02/2018 POSSUI CPF (x) SIM () NÃO Nº CPF 623.590.572-92

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 18 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, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA GOB. JURADA INVALIDEZ PERMANENTE

- (x) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (x) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (x) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- (x) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (x) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (x) CPF da vítima (cópia simples)
- (x) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (x) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA GOB. JURADA DE DANO

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (x) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (x) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (x) Comprovantes das despesas (frechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (x) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (x) CPF da vítima (cópia simples)
- (x) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (x) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA GOB. JURADA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (x) Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- (x) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (x) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (x) CPF da vítima (cópia simples)
- (x) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- (x) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- (x) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (x) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- (x) Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS GOB. JURADA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - (x) Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - (x) 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)**
 - (x) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou decisão judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- (x) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- (x) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- (x) Termo de Cancelação (original), assinado pelo(a) companheir(o), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETOS**
 - (x) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - (x) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - (x) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- (x) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- (x) Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- (x) Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) EDNAN SOARES COUTINHO
 Quem é o portador? (x) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 023.590.572-92
 E-mail ednan@ednan.com.br Telefone (85) 99.641-5697
 Data 04/07/2018 Assinatura Ednan Soares Coutinho

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC CARVAL
 Atendimento HELENA MARIA CAVALCANTE Matricula 8.318.590-7
 Data 04/07/2018 Assinatura HP



De: José Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

