

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170017341 Nº 012713583405  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1ª 252758641 EXERCÍCIO 2017

NOME DO PROPRIETÁRIO  
WALBER JOSE PEREIRA FILHO  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF/CNPJ 00741709376-1 PLACA ENT-1575

PLACA ANT/UP CHASSI  
HAD3CN6BT8G001968

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/AUTOMÓVEL/NENHUMA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FABR ANO MOD  
1/PEUGEOT 307 1.6 PR PK 2010 2011

CAP/POT/CIL CATEGORIA COA/PREDOMINANTE  
005P/113CV PARTIC PRATA

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA VENC COTAS  
1 IPVA

PADAL/PVAY PARCELAMENTO/COTAS  
2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADORA LIDER PAGU CERTIFICADO

OBSERVAÇÕES  
SEM RESTRICÇÕES DE USO OBRIGATORIO  
2 EIXO 100% PAGO 100% TRANSFERENCIA

TERESINA DATA 9/6/2017

RAO MARTINS DO REGO COBAC  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A PESSOAS E BENS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NA O SEGURO DPVAT

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 9/6/2017

VIA 1ª 00741709376-1 PLACA ENT-1575

CPF/CNPJ 00741709376-1 MARCA/MODELO 1/PEUGEOT 307 1.6 PR PK

ANO FABR 2010 ANO MOD 2011 CHASSI HAD3CN6BT8G001968

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 28,86 DENATRAM (R\$) 3,18 CUSTO DO SEGURO (R\$) 31,84

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,25 PRÊMIO TOTAL (R\$) 48,10

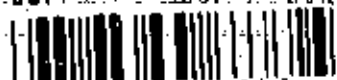
PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 06/06/2017

SEGURADORA LIDER DPVAT

CNPJ/09.245.608/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CÂMBIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1478414365

19 M.

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

DOC. COMPROVANTE FORA DO BRASIL  
 2748736 282 32

CPF  
 033.580.543-93

DATA NASCIMENTO  
 11/04/1991

PAIS  
 DOMINHO GOMES COELHO  
 BENEDITA MENDES COELHO

ESTADO  
 PI

AC  
 PI

CT  
 AB

# REGISTRO  
 04924347490

VALIDADE  
 10/07/2019

RENOVAÇÃO  
 06/04/2010

DESCRIÇÃO  
 RAB  
 CNA

Assinatura do Portador  
 Francisco Kelson Mendes Coelho

LOCAL  
 TERESINA - PI

DATA DE EMISSÃO  
 07/07/2017

68838014553  
 73312139843

PIAUI

DE NATAL

DE AC

Documentos de Identificação





# 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

OBS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                          |                             |                    |                     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------|
| Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO                                     |                             | Prontuário: 466986 |                     |
| 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:                                                               | CPP: 033.590.543-93 + RG: - |                    |                     |
| G. Instrução: Médico Completo                                            | E. Civil: Solteiro(a)       |                    |                     |
| End. Local: - - -                                                        |                             |                    |                     |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS CLÍNICOS:

Transtorno em MSD  
pulso/pulso normal  
neurologia ok

|                      |              |               |              |
|----------------------|--------------|---------------|--------------|
| PA: <u>X</u> mmHg    | Pulso: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| Diagnóstico Inicial: |              |               |              |

### CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

em Rx  
FMT - DUF - VULTRO  
LCHM - TO - CUNIBLO

|                   |
|-------------------|
| RAIO-X REALIZADO  |
| DATA: 02/02/2018  |
| Técnico: <u>E</u> |

|       |                                     |                                           |
|-------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| ALTA: | <input type="checkbox"/> Melhorado  | <input type="checkbox"/> Administrativa   |
|       | <input type="checkbox"/> Curado     | <input type="checkbox"/> Por Indisciplina |
|       | <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Por Evasão       |
|       | <input type="checkbox"/> A Pedido   |                                           |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origin. |
| <input type="checkbox"/> Transferência:           |

|        |                                        |          |                                       |
|--------|----------------------------------------|----------|---------------------------------------|
| OBITO: | <input type="checkbox"/> Até 24 Hs     | DESTINO: | <input type="checkbox"/> Família      |
|        | <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs |          | <input type="checkbox"/> IMU          |
|        | <input type="checkbox"/> Após 48 Hs    |          | <input type="checkbox"/> Anat. Patol. |

|                                                |             |
|------------------------------------------------|-------------|
| DATA SAÍDA: _____                              | HORA: _____ |
| <input type="checkbox"/> Internação na Unidade |             |
| Proced. Solicitado: 0408020393                 |             |
| CID Compatível: 542.3                          |             |
| Prof. Solicitante: _____                       |             |
| Internação: _____                              |             |

Assinatura Paciente ou Responsável: Edilson Roberto Coelho  
Direção de Enfermagem  
Hospital de Urgência de Teresina  
Pq. Zélio Rocha

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



| NOME DO PACIENTE                   |  | MEDICA     |  | 65-110                          |  | HUT          |  |
|------------------------------------|--|------------|--|---------------------------------|--|--------------|--|
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES   |  | PRONTUÁRIO |  | CLÍNICA                         |  | ENF. ou APT. |  |
|                                    |  | 466886     |  |                                 |  | 234          |  |
|                                    |  | ALERGIAS   |  | MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE |  | LEITO        |  |
| 57 - Gênero feminino 286           |  |            |  |                                 |  |              |  |
| DATA: 02/08/18 HORA: 14h           |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 1 Dieta líquida                    |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 2 1 litro                          |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 3 1 litro                          |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 4 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM  |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 5 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM  |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 6 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM  |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 7 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM  |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 8 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM  |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 9 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM  |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 10 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 11 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 12 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 13 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 14 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 15 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 16 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 17 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 18 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 19 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 20 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 21 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 22 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 23 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 24 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 25 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 26 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 27 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 28 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 29 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 30 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 31 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 32 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 33 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 34 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 35 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 36 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 37 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 38 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 39 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 40 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 41 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 42 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 43 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 44 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 45 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 46 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 47 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 48 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 49 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 50 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 51 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 52 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 53 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 54 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 55 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 56 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 57 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 58 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 59 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  |              |  |
| 60 2 litros - 1.00 + 900 - 6/65 PM |  |            |  |                                 |  | </           |  |



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



WISCONSIN  
OF LABORERS  
OF MERCHANDISE

| NOME DO PACIENTE                      |  | PRONTUÁRIO        |  | D. NASCIMENTO |  | CLÍNICA                         |  | RNE ou APT. |  | LEITO |  |
|---------------------------------------|--|-------------------|--|---------------|--|---------------------------------|--|-------------|--|-------|--|
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES      |  | ALERGIAS          |  | HORÁRIO       |  | MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE |  | OBSERVAÇÕES |  |       |  |
| DATA: / / HORA: :                     |  | PRESCRIÇÃO MÉDICA |  |               |  |                                 |  |             |  |       |  |
| 1 DIETA LIVRE                         |  |                   |  |               |  |                                 |  |             |  |       |  |
| 2 5G5% 500ML + SFU 9% 500ML EV EM 12h |  |                   |  |               |  |                                 |  |             |  |       |  |
| 3 DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6H           |  |                   |  |               |  |                                 |  |             |  |       |  |
| 4 FENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H  |  |                   |  |               |  |                                 |  |             |  |       |  |
| 5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS    |  |                   |  |               |  |                                 |  |             |  |       |  |
| 6 CCGG                                |  |                   |  |               |  |                                 |  |             |  |       |  |

**MÉDICO/CRM:**

1

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

Nº LAUDO: 49071  
AIH: 2218100060870

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

#### ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828X56

#### ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828X56

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

#### CARTÃO SUS

708744133802790

#### NOME DO PACIENTE

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

#### NASCIMENTO

11/04/1992

#### PRONTUÁRIO

466086

#### SEXO

M

#### DOCUMENTO

2.768.736 PJ

#### TELEFONE

#### NOME DA MÃE

BENEDITA MENDES COELHO

#### RESPONSÁVEL

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

#### CEP

#### ENDEREÇO (LOGRADOURO)

RUA COSMILÓ 3181

#### NÚMERO / LOTE

#### BAIRRO

CENTRO

#### COMPLEMENTO

#### MUNICÍPIO

TERESINA

#### UF

PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

#### CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0301060070

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

#### CÓDIGO

0408020393

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

#### CÓDIGO

0301060070

#### DIAGNOSTICO INICIAL

#### CID 10 PRINCIPAL

S423

#### CID 10 SECUNDARIO

#### CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

### 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

LAO TSE FRONTERS DA SILVA-FEITOSA

#### ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

#### CNS SOLICITANTE

2072451270006

#### DATA SOLICITAÇÃO

28/02/2018

### AUTORIZAÇÃO

#### NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

#### ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

#### CNS AUTORIZADOR ÓRGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

170263951200001

28/02/2018 17:38:48

Kassia Janyne Falcão de Carvalho  
Matrícula: 89304  
SAME-HUT  
Confere com Original

|                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | <b>Nº LAUDO: 49071</b>    |
|                                                                    | <b>AIH: 2218100060870</b> |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | <b>CNES</b><br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | <b>CNES</b><br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                      |                                                           |                                                      |                  |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b><br>703704153862790 | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>FRANCISCO KELSON MENDES COELHO | <b>NASCIMENTO</b><br>11/04/1993                      | <b>SEXO</b><br>M | <b>PRONTUÁRIO</b><br>466936 |
| <b>DOCUMENTO CPF</b><br>2.768.736-PI | <b>TELEFONE</b><br>BENEDITA MENDES COELHO                 | <b>RESPONSÁVEL</b><br>FRANCISCO KELSON MENDES COELHO |                  |                             |
| <b>CEP</b>                           | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>                              | <b>NÚMERO / LOTE</b>                                 |                  |                             |
| <b>BAIRRO</b><br>CENTRO              | <b>COMPLEMENTO</b>                                        | <b>MUNICÍPIO</b><br>TERESINA                         | <b>UF</b><br>PI  |                             |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURADA DIAFÍSE DO UMBRO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRÚRGICA**

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EXAME FÍSICO, RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                     |                          |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S423 - FRATURA DA DIAFÍSE DO UMBRO | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0408020393 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO UMBRO

|                                                                |                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                 | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>LAD TSE FRONTIERS DA SILVA FETOSA<br>CPF: 74563593372 |
| <b>CARÁTER</b><br>URGÊNCIA                                     | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>02/02/2018                                                                                         |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>02/02/2018 02:25                       | <b>DATA ALTA</b><br>02/02/2018 12:24                                                                                          |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO |                                                                                                                               |

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

|                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>LEICIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA<br>CPF: 46261079315 | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR AVALIAÇÃO AUDITORIA</b><br>Kassia Janyne Pires<br>Médica: 6932<br>SAME-HUT<br>Confere com Original |
| <b>CRM:</b>                                                                                                                  | <b>DATA ANÁLISE:</b> 02/02/2018 03:52:35                                                                                                         |

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**



207488

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trombose no MSD

Original (Carimbo)  
 207488  
 HUT  
 Contato com Original

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

030106020

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do úmero

24-CID Prim:

S423

25-CID Sec.:

26-CID Causa:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0408020393

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

29-Clinica:

30-Carater: Ident.:

02

01

CPF

31-Docum.: 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

Laosé Frontiers  
 TRUMATOLOGIA E ORTOFEDIA  
 CRM-PI 1660 8807 10.536

35-Ass. Carimbo Med. Sól. (CRM)

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOA:

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

Henrique Almeida Filho  
 Assessor de Medicina - Ortopedia  
 CRM-PI 1660 8807 10.536  
 CUS: 1 210 210 210 210

50-Ass. Carimbo

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Unidade: (TERESINA MENDES)  
 Consulta Local: 646966  
 Consulta SUS:  
 Impressão: 02/02/2018 02:59:27



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 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:

Cad. 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 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Kelson Kelso Mendes Coelho  
CPF: 0904  
E-MAIL: HUT  
Confirmação Original

*[Handwritten signature]*

RECIBO  
23/06/2018  
18/06/2018

FRANCISCO NELSON ALLENDES GOELHO

4304291

NOME

Nº do prontuário

410 411A

2

Enfermaria

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA:



Hospital  
Universitário

**EBSERH**  
HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS E CÍVICOS

Ministério da  
Educação



Ass:

ção Tran

Memor

Presiden

X) Conc

Desle

Conc

Desl

Plas

Crio

Gen

Cor

Cor

Ass

Ass

Ass

Ass

Ass

Ass

Ass

Ass

VIA - P

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<br>Hospital Universitário | 2 - CNES<br>3.285.391 |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE<br>Hospital Universitário  | 4 - CNES<br>3.285.391 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                  |                                      |                                                   |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>FRANCISCO KÉLSON MENDES COELHO                           |                                      | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO<br>4304291                   |                          |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE<br>708704153862790                                  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br>11/04/1991 | 9 - SEXO<br>Masculino                             | 10 - RAÇA / COR<br>Parda |
| 11 - NOME DA MÃE<br>BENEDITA MENDES DE COELHO                                    |                                      | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>(86) 998318321 / (86) |                          |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL<br>O MESMO                                              |                                      | 14 - TELEFONE DE CONTATO                          |                          |
| 15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)<br>RUA NOSSA SENHORA DA GUÁ, 3281, VILA IRMA DULCE |                                      |                                                   |                          |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>TERESINA                                         | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO<br>2211001  | 18 - UF<br>PI                                     | 19 - CEP<br>64000972     |

### JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                        |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>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<br>AS ACIMA                                                                                                                                                 |                                             |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES<br>ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA                                                                                       |                                             |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>FRATURA DE ÚMERO                                                                                                                                                           | 24 - CID 10 PRINCIPAL<br>S42.3 - Fratura de |
| 25 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                                                                                                 | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS               |

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                  |                                        |                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO |                                        | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br>0408020383                                                             |
| 29 - CLÍNICA<br>Cirúrgica                                                                        | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>Urgência | 31 - DOCUMENTO<br>( ) CNS (X) CPF                                                                     |
| 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>99434393353                           |                                        | 33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)<br>Dr. Lafayette Maleski<br>Médico<br>CRM-PI 6474 |
| 34 - DATA DA<br>02/02/2018                                                                       |                                        |                                                                                                       |

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

|                                                                                                                              |                         |                      |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------|
| 36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                | 39 - CNPJ DA SEGURADORA | 40 - Nº BILHETE<br>0 | 41 - SÉRIE<br>0 |
| 37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                                                         | 42 - CNPJ EMPRESA       | 43 - CNAE EMPRESA    | 44 - CBOR       |
| 38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                                                                        |                         |                      |                 |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |                         |                      |                 |

### AUTORIZAÇÃO

|                                       |                                                         |                         |                                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |                                                         | 47 - COD. ORGÃO EMISSOR | 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| 49 - DOCUMENTO<br>( ) CNS (X) CPF     | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |                         |                                                 |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO              | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)     |                         |                                                 |

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*Francisco Kelson Mendes Coelho*

32 P1 P218 2246  
3218 6102

# 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 - HU1 - (86) 3229-4321 |                                    |                        |            |
| ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 DIAGNÓSTICAS:                                               |  |                      |            |
| RX DL 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 |
| <br>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 | 2 - CNES  |
| Hospital Univasilário                            | 3.285.391 |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE  | 4 - CNES  |
| Hospital Univasilário                            | 3.285.391 |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

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

|                                                     |                                       |          |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|
| 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL            | 22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL |          |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO | 04020393                              |          |
| 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL             | 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  | 25 - QTD |
| DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR                       | 040201089                             | 1        |
| 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 pré-operatório

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

## AUTORIZAÇÃO

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

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

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: 64.000-952  
Data Nasc.: 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 de 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  
Carater 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 Kelton Mendes Coelho      |                        |                  |
| DATA DA ADMISSÃO:     | 02/02/18                            | CLÍNICA / ENF / LEITO: | 41A              |
| DATA DE NASCIMENTO:   | 11/04/1991                          | IDADE:                 | 26               |
| PROFISSÃO / OCUPAÇÃO: |                                     | SEXO:                  | M                |
| PROCEDÊNCIA:          | HUT                                 | ESTADO CIVIL:          | solteiro         |
| ESCOLARIDADE:         | superior incompleto                 | RESIDÊNCIA:            | Vila Santa Julia |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO:   | prolapse de válvula do estômago (D) |                        |                  |

## 2. MOTIVO DA INTERNATAÇÃO / PRINCIPAIS QUEIXAS

|           |  |
|-----------|--|
| Dor no MS |  |
|           |  |
|           |  |

2.1 SINAIS VITAIS: P.A. 150x90R T 36,1 CP 68 Glic Sat PESO: 76

ALTURA 1,84 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: Rast x + 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: pouca

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar:

DIETA: ( ) Jejum ( ) Via oral ( ) Parenteral ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Ostomias ( ) Outros  
( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Hematêmese ( ) 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 02 dia(s)

( ) 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**

|                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PELOURO CABELUDO:</b> ( ) Lesões ( ) Cisto sebáceo ( ) Hematomas ( ) Pontos dolorosos ( ) Alopecia ( ) Outros                |
| <b>FACE:</b> (X) Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Corada ( ) Palidez ( ) Ictérica ( ) Tipo de face                                 |
| <b>OLHOS:</b> ( ) Edema palpebral ( ) Ptose palpebral ( ) Logofalmo ( ) Exoftalmia ( ) Enofthalmia ( ) Amaurose                 |
| <b>ALTERAÇÃO VISUAL:</b> (X) Sim ( ) Não                                                                                        |
| <b>ALTERAÇÃO AUDITIVA:</b> (X) Sim ( ) Não                                                                                      |
| <b>MUCOSA DA CONJUNTIVA:</b> (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Hiperemiada ( ) Hemorragia conjuntival                  |
| <b>CORNEA:</b> ( ) Catarata ( ) Pterígio                                                                                        |
| <b>ESCLERÓTICA:</b> ( ) Branca ( ) Ictérica (X) Hiperemiada                                                                     |
| <b>BOCA:</b> ( ) Halitose ( ) Edema Lábil ( ) Lesões ( ) Língua Saburrosa ( ) Glossite ( ) Moniliase ( ) Outros                 |
| <b>AMÍGDALAS:</b> ( ) Hiperemias ( ) Aumento Volume ( ) Placas                                                                  |
| <b>TIREÓIDE:</b> ( ) Palpável ( ) Impalpável                                                                                    |
| <b>PESCOÇO:</b> ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Estase Jugular ( ) Rigidez de nuca ( ) Linfonodos palpáveis ( ) Traqueostomia |

**7. SISTEMA NEUROLÓGICO**

|                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> (X) Consciente ( ) Inconsciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sonolento ( ) Torporoso |
| ( ) Comatoso ( ) Sedado ( ) Memória prejudicada: ( ) Não ( ) Sim, cite:                                                 |
| <b>PLA:</b> (X) Fásico ( ) Afásico ( ) Disfásico ( ) Outros                                                             |
| <b>Pupilas:</b> ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reativas ( ) Arreativas ( ) Mióticas ( ) Midriáticas                |
| <b>ESCALA DE GLASGOW:</b>                                                                                               |
| <b>Outros ACHADOS:</b>                                                                                                  |

**8. SISTEMA RESPIRATÓRIO**

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPANSIBILIDADE:</b> (X) Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Uso de musculatura acessória ( ) Tiragem ( ) Frêmito toracovocal |
| <b>PERCUSSÃO:</b> (X) Claro Pulmonar ( ) Maciço ( ) Timpânico ( ) Hipersonoro                                              |
| <b>AUSCULTA PULMONAR:</b> (X) Murmúrio Vesicular ( ) Broncovesicular ( ) Estertores ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Outros      |

**9. SISTEMA CARDIOVASCULAR**

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FREQ./RITMO CARDÍACO:</b> (X) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Arritmias ( ) Marcapasso |
| ( ) Palpitação                                                                                               |
| <b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> ( ) Normotenso ( ) Hipotenso (X) Hipertenso ( ) Edema MMI ( ) Anasarca              |
| <b>PERFUSÃO PERIFÉRICA:</b> (X) Normal ( ) Diminuída                                                         |
| <b>PALPAÇÃO:</b> ( ) Íctus Cordis ( ) Levantamento Sistólico ( ) Pulsações Epigástricas ( ) Frêmito          |
| <b>AUSCULTA:</b> ( ) 1ª Bulha ( ) 2ª Bulha ( ) Sopros                                                        |

**10. SISTEMA GASTROINTESTINAL**

|                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERCUSSÃO:</b> ( ) Timpânico ( ) Maciço                                                                 |
| <b>RUIDOS HIDROAÉREOS:</b> ( ) Presente ( ) Ausentes ( ) Hipoativos ( ) Hiperativos                        |
| <b>ABDOMEN:</b> (X) Plano ( ) Globoso ( ) Ascite ( ) Rígido ( ) Indolor à palpação ( ) Doloroso à palpação |
| <b>OUTRO ACHADOS:</b>                                                                                      |

**11. SISTEMA GENITOURINÁRIO**

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

**12. SISTEMA TEGUMENTAR**

|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ASPECTO:</b> (X) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Cianótico ( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Prurido |
| <b>LESÕES/ LOCAL:</b>                                                                                               |
| <b>OUTROS ACHADOS:</b>                                                                                              |

**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 Menezes*  
(Assinatura e carimbo do enfermeiro)

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



Hospital  
Universitário

41A  
152

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

EBSERH  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

|                                                  |                       |                                                                          |                                                              |
|--------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Francisco Kelson Mendes Welles</u>      |                       | Prontuário:                                                              |                                                              |
| Idade: <u>26</u>                                 |                       | Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                                                              |
| Cirurgia proposta: <u>cureta gástrica distal</u> |                       | Data da Avaliação <u>04/02/18</u>                                        |                                                              |
| Cirurgião: <u>Bruno</u>                          |                       | Data da Cirurgia: <u>23/02/18</u>                                        |                                                              |
| Peso: <u>76</u> Kg                               | Altura: <u>170</u> cm | DUM:                                                                     | FC: <u>70</u> bpm PA: <u>130 x 80</u> mmHg Tax: <u>90</u> °C |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Coronaropatia <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna <input type="checkbox"/>                                                                                                    | <u>problema cardíaco na infância</u> |
| CARDIOVASC.             | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Valvopatia <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> |                                      |
| RESPIRATORIO            | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/>                     |                                      |
| NEUROLÓGICO             | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Neuropatias <input type="checkbox"/> Déficit <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/>        |                                      |
| METABOLITO              | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Perda Ponderal <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tireoidopatia <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/>                                                                |                                      |
| DIGESTIVO               | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Náusea/vômito <input type="checkbox"/> Gastrite/Ulcera <input type="checkbox"/> Cirrose <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/>                                                              |                                      |
| ORTOPÉDICO              | Nenhum <input type="checkbox"/> Hérnia de disco <input type="checkbox"/> Escoliose <input type="checkbox"/> Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Fixação na Coluna <input type="checkbox"/> Lombociatalgia <input type="checkbox"/>                                                      |                                      |
| RENAL                   | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Cálculos <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Insuf. renal <input type="checkbox"/>                                                                        |                                      |
| HEMATOLOGIA             | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sangramentos <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Transfusões anteriores <input type="checkbox"/> Test. de Jevak <input type="checkbox"/>                                                     |                                      |
| ALERGIAS                | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Edema Glote <input type="checkbox"/> Broncoespasmo <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/>                                        |                                      |
| DOENÇAS                 | Quais: <u>Hepatite (A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Quais:</u>                    |                                      |
| VÍCIOS                  | Nenhum <input checked="" type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Drogas Ilícitas <input type="checkbox"/> Quais:                                                                                                                                 |                                      |
| CIRURGIAS PRÉVIAS       | Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais:                                                                                                                                                                                                                     |                                      |
| ANESTESIAS ANTERIORES   | Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais: Raqui-anestesia <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Bloqueio Periférico <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>                              |                                      |
| MEDICAÇÕES EM USO       | Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais: <u>Insulin Benzilpenicilina 18 un.</u>                                                                                                                                                                              |                                      |

Estado Geral: BGG  
AC: 120/80  
AP: 120/80  
Prótese dentária móvel: Não ☒ Sim ☐  
Consentimentos: Assinados ☒

Mallampatti ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐  
Distância tireo-mento: ☒ >6,0cm ☐ <6,0cm  
Distância esterno-mento: ☒ >12,5cm ☐ <12,5cm  
Abertura oral: ☒ >3cm ☐ <3cm

Nenhum ☐ Hb 13,7 Ht 40 Plaquetas 234.000 TAP 87% INR 1,01 TTPA 26 Na 138 K 4,2 Ca 1,27  
Cr 1,2 Glicemia 104

ECG Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐  
Raio-X de tórax Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐

ECO  
Avaliação de Especialista:

P ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ E ☐

Jejum a partir de: 8 h

CONDUTA: Apto no momento ☐ Não apto ☐ Aguardo exames ☒

ORIENTAÇÃO: Signo de SCL  
exame ECG e avaliação de cardiologia

Dra. Regina Bezerra  
MÉDICA  
CRM-PI 5929

Médico Anestesiologista



Hospital  
Universitário

**EBSERH**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI  
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA  
CEP: 64089-550 - TERESINA-PI

## 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 anestesiolegista 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 manuseios 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 espinhal 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 inúmeros 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 imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Fui 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 anestesiolegista.

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, 04 de Janeiro de 2018

Paciente

Responsável / Testemunha

Médico

| REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS                                     |      |                                                 |       |            |             |       |                                              |       |      | EBSERH                   |  |            |  |
|----------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------|-------|------------|-------------|-------|----------------------------------------------|-------|------|--------------------------|--|------------|--|
| PACIENTE:                                                      |      | PRONTUÁRIO:                                     |       | CIRURGIÃO: |             | SALA: |                                              | DATA: |      |                          |  |            |  |
| CIRURGIÃO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMERO |      |                                                 |       |            |             |       |                                              |       |      | ANESTESIA: RAQUI + GERAL |  | CIRCUANTE: |  |
| ITEM                                                           | AGRU | MEDICAMENTOS - CONTROLO AGR                     | QUANT | CONS       | ITEM        | AGRU  | OUTROS MEDICAMENTOS                          | QUANT | CONS |                          |  |            |  |
| 20232                                                          |      | CEPARIUM 30 mg/ml - Amp 1 ml                    | 01    | 01         | 14825       |       | DIPIRONA 1 g 2 ML                            | 02    |      |                          |  |            |  |
| 14854                                                          |      | DIETILPRIM 5 mg/ml                              | 01    |            | 13750       |       | EFEDRINA 30 mg/ml                            | 01    |      |                          |  |            |  |
| 154431                                                         |      | ORFIDIL-PROL 2 mg/ml - Amp 1 ml                 | 01    |            | 25808       |       | ETILFENINA 100 mg/ml - LIQUÍVEL              | 02    |      |                          |  |            |  |
| 205158                                                         |      | ETONACATO 3 mg/ml                               | 01    |            | 15180       |       | FUPOSEMDA 10 mg/ml                           | 01    |      |                          |  |            |  |
| 200847                                                         |      | FENTANILA 50 mg/ml - 2 ml 5 AMP                 | 01    | 01         | 15180       |       | HYDROCODON 14.500 mg - Amp                   | 01    |      |                          |  |            |  |
| 200354                                                         |      | FENTANILA 50 mg/ml - 10 ml                      | 01    |            | 200587      |       | LEVOPRIVACANA CLORIDRATO 0.5% GICETET 100 ML | 01    |      |                          |  |            |  |
| 17272                                                          |      | MEBACAM AM 5 mg/ml - 3 ml                       | 01    | 01         | 200324      |       | LEVOPRIVACANA CLORIDRATO 0.5% BAYASO 20 ML   | 01    |      |                          |  |            |  |
| 252183                                                         |      | MORFINA 0.2 mg/ml - Lib. Com. Lit. 100 ML       | 01    |            | 211420      |       | LIDOCANA 1% SEM VASO 5 ml                    | 01    |      |                          |  |            |  |
| 401090                                                         |      | PARACETOL 400 mg - 10 ML (LIT. 100 ML)          | 01    | 01         | 18330       |       | LIDOCANA 1% - EPIEFENINA 20 ML FRAMP         | 01    | 1.2  |                          |  |            |  |
| 138000                                                         |      | PROPOFOL 10 mg/ml - 20 ml (LIT. 100 ML)         | 02    |            | 401390      |       | METAMFOL 10 mg/ml                            | 02    |      |                          |  |            |  |
| 200718                                                         |      | RELENTANIL 10 mg                                | 01    |            | 18101       |       | METOCLOPRAMIDA 5 mg/ml                       | 01    |      |                          |  |            |  |
| 223074                                                         |      | SEVOFLURANO - FRASCO 100 ML                     | 01    |            | 17343       |       | NEOSTRIMINA 0.5 mg/ml - Amp 1 ml             | 04    |      |                          |  |            |  |
| 200330                                                         |      | SUPRINIL 5 mg/ml - 10 ML - SEM VASO             | 01    |            | 201730      |       | QUINIDAZOL 40 mg                             | 01    |      |                          |  |            |  |
| 200344                                                         |      | TRAMACOL 50 mg/ml - 2 ml                        | 01    |            | 144489      |       | SANTIDINA 50 mg - Amp 2 ml                   | 01    | 01   |                          |  |            |  |
| OUTROS MEDICAMENTOS                                            |      |                                                 |       |            | NA FARMÁCIA |       |                                              |       |      |                          |  |            |  |
| 200317                                                         |      | ADRENALINA 1 mg/ml - 1 ml (LIT. 100 ML)         | 01    |            | 324053      |       | CIPROFLOXACINA 200 mg/ml 100 ML BOLA         |       |      |                          |  |            |  |
| 17205                                                          |      | ATROPINA 10 mg/ml 20 ml                         | 01    |            | 216000      |       | DEXMEDETOMIDINA 100 mg/ml (PARCIDEA)         |       |      |                          |  |            |  |
| 138002                                                         |      | ATROPINA 0.02 mg - Amp 1 ml                     | 01    |            | 200318      |       | FLUWACIL 10 mg/ml                            |       |      |                          |  |            |  |
| 200346                                                         |      | BROMOPRIDA 5 mg/ml - Amp 10 ML                  | 02    | 01         | 15433       |       | HEPARINA 5000 UI/ml FRASCO                   |       |      |                          |  |            |  |
| 200726                                                         |      | BUPRIVACANA - 0.5% GICETET 100 ML (LIT. 100 ML) | 01    |            | 15488       |       | LIDOCANA 1.2% 20 MG/ML 20 ML FRAMP           |       |      |                          |  |            |  |
| 200342                                                         |      | BUPRIVACANA 0.5% GICETET 100 ML                 | 01    |            | 12777       |       | METROHIDAZOL 500 mg/100 ML BOLA              |       |      |                          |  |            |  |
| 240081                                                         |      | CETAZOLINA 10 mg/ml                             | 01    |            | 200089      |       | MORFINA 10 MG/ML AMP 1 ML                    |       |      |                          |  |            |  |
| 100190                                                         |      | CLORALACURIO 0.5% GICETET 100 ML (LIT. 100 ML)  | 01    | 02         | 185910      |       | MORFINA 1 MG/ML AMP 2 ML ESTERIL             |       |      |                          |  |            |  |
| 221412                                                         |      | CLONIDINA 150 MG/ML AMP 1 ML                    | 01    |            | 118045      |       | NALOXONA 0.4 mg                              |       |      |                          |  |            |  |
| 401020                                                         |      | CLORETO DE SODIO 1000 mg/ml 100 ML              | 01    |            | 200078      |       | ONDAYSE (PONTABOMIL)                         |       |      |                          |  |            |  |
| 200089                                                         |      | DETOPRIFENO 100 mg/ml 100 ML (LIT. 100 ML)      | 01    |            | 200041      |       | BUPRIVACANA GICETET 100 MG/ML 100 ML         |       |      |                          |  |            |  |
| 14573                                                          |      | DEXAMETASONA 10 mg/ml - 2 ml                    | 01    | 01         |             |       |                                              |       |      |                          |  |            |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| REQUISIÇÃO DE MATERIAL |        |                                   |    |  |       |      |        |      |                             |  |  |       |      |
|------------------------|--------|-----------------------------------|----|--|-------|------|--------|------|-----------------------------|--|--|-------|------|
| ITEM                   | AGHU   | MATERIAL                          |    |  | QUANT | CONS | ITEM   | AGHU | MATERIAL                    |  |  | QUANT | CONS |
| 46                     |        | AGULHA 25 x 8                     | 04 |  | 04    | 01   | 3062   |      | JELCO (CATETER) Nº 10       |  |  | 02    |      |
| 47                     |        | AGULHA 30 x 8                     | 04 |  | 05    |      | 3670   |      | JELCO (CATETER) Nº 20       |  |  | 02    |      |
| 48                     | 2870   | AGULHA 40x12                      | 04 |  | 06    | 01   | 3888   |      | JELCO (CATETER) Nº 22       |  |  | 02    |      |
|                        | 2007   | AGULHA 13x1,5                     | 04 |  | 07    |      | 200521 |      | POLIFIX 2 VIAS              |  |  | 01    |      |
| 50                     | 290553 | AGULHA 25G P/ANESTESIA RAQUIDIANA | 01 |  | 08    |      | 2291   |      | SERINGAS 1 mL               |  |  | 01    |      |
| 51                     | 290554 | AGULHA 20G P/ANESTESIA RAQUIDIANA | 01 |  | 09    |      | 290839 |      | SERINGAS 5 mL               |  |  | 04    |      |
| 52                     | 290944 | AGULHA 27G P/ANESTESIA RAQUIDIANA | 01 |  | 70    |      | 290038 |      | SERINGAS 10 mL Luer lok     |  |  | 04    |      |
| 53                     | 281164 | AGULHA PARA PERIDURAL 18 G        | 01 |  | 71    |      | 182837 |      | SERINGAS 20 mL Luer lok     |  |  | 02    |      |
| 54                     | 223283 | AGULHA PARA PERIDURAL 18 G        | 01 |  | 72    |      | 2283   |      | SERINGAS 20 mL LUER SLIP    |  |  | 02    |      |
| 55                     | 400957 | CATETER PERIDURAL 18 G            | 01 |  | 73    |      | 400597 |      | SERINGA 80 mL LUER SLIP     |  |  | 01    |      |
| 56                     | 400959 | CATETER PERIDURAL 18 G            | 01 |  | 74    |      | 19     |      | SONDA ASPIRAÇÃO TRADUEAL 14 |  |  | 01    |      |
| 57                     | 3484   | CATETER NASAL NPO OCULOS          | 01 |  | 75    |      | 290580 |      | SONDA NASOGÁSTRICA 18       |  |  | 01    |      |
| 58                     | 290380 | EQUIPO MACROGOTAS                 | 02 |  | 76    |      | 290563 |      | SONDA NASOGÁSTRICA 20       |  |  | 01    |      |
| 59                     | 290892 | EQUIPO DE BOMBA                   | 01 |  | 77    |      | 291074 |      | TORNEIRINHA 3 VIAS          |  |  | 01    |      |
| 60                     | 89248  | ELETRODOS                         | 05 |  | 78    |      | 290373 |      | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0    |  |  | 01    |      |
| 61                     | 400649 | EXTENSOR EM PVC ALTA PRESSÃO 50CM | 01 |  | 79    |      | 290374 |      | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5    |  |  | 01    |      |
| 62                     | 400537 | FILTRO BACTERIOLOGICO             | 01 |  | 80    |      | 290375 |      | TUBO ENDOTRAQUEAL 8,0       |  |  | 01    |      |
| 63                     | 3048   | JELCO (CATETER) Nº 16             | 02 |  | 81    |      | 290378 |      | TUBO ENDOTRAQUEAL 8,5       |  |  | 01    |      |

| SOLUÇÕES |        |                             |    |  |        |      |      |      |                        |  |  |       |      |
|----------|--------|-----------------------------|----|--|--------|------|------|------|------------------------|--|--|-------|------|
| ITEM     | AGHU   | MATERIAL                    |    |  | QUANT  | CONS | ITEM | AGHU | MATERIAL               |  |  | QUANT | CONS |
|          | 290289 | CLÓRETO DE SÓDIO 0.9% 100ML | 02 |  | 181973 |      |      |      | RINGER - LACTATO 500ML |  |  | 02    |      |
|          | 290301 | CLÓRETO DE SÓDIO 0.9% 500ML | 04 |  | 253812 |      |      |      | ÁGUA DESTILADA 10 ML   |  |  | 04    |      |

| REQUISICÃO DE MATERIAL GERAL CIRURGIA |        |                          |       |      |      |        |                      |       |      |
|---------------------------------------|--------|--------------------------|-------|------|------|--------|----------------------|-------|------|
| ITEM                                  | AGHU   | MATERIAL                 | QUANT | CONS | ITEM | AGHU   | MATERIAL             | QUANT | CONS |
|                                       |        | ATADURA CREPE CM         | 02    | 02   |      | 402299 | LÂMINA BISTURI Nº 20 | 01    |      |
|                                       | 401807 | COMPRESSA 7,5X7,5 (GAZE) | 10    | 06   |      | 8206   | LUVA 6.5             | 04    | 0.1  |
|                                       | 254978 | MACROPORE                | 01    |      |      | 8214   | LUVA 7.0             | 04    |      |
|                                       | 2070   | ESPALDAPAO               | 01    |      |      | 8222   | LUVA 7.5             | 04    | 0.4  |
|                                       | 402295 | LÂMINA BISTURI Nº 11     | 02    |      |      | 8230   | LUVAS 8.0            | 04    |      |
|                                       | 402297 | LÂMINA BISTURI Nº 15     | 02    | 02   |      | 8249   | LUVAS 8.5            | 02    |      |

| REQUISICÃO DE MATERIAL FIOS CIRÚRGICOS |        |                                                         |       |      |      |      |          |       |      |
|----------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------|-------|------|------|------|----------|-------|------|
| ITEM                                   | AGHU   | MATERIAL                                                | QUANT | CONS | ITEM | AGHU | MATERIAL | QUANT | CONS |
|                                        | 260980 | FIO ALÇODÃO 2-0 SEM AGULHA                              | 2     |      |      |      |          |       |      |
|                                        | 260958 | FIO NYLON 2-0                                           | 6     |      |      |      |          |       |      |
|                                        | 261327 | FIO NYLON 3-0                                           | 2     | 0.1  |      |      |          |       |      |
|                                        | 401529 | FIO NYLON 4-0                                           | 2     |      |      |      |          |       |      |
|                                        | 261347 | FIO POLIGLAC 10 ZDCM AG 1/2-3.5 cm OIL (SIMILAR VICRYL) | 4     |      |      |      |          |       |      |
|                                        | 261238 | FIO ACIDO POLIGLIC. 1 OIAG 1/4 X 4 cm (SIMILAR VICRYL)  | 5     |      |      |      |          |       |      |
|                                        |        | <i>Amorub 2.0</i>                                       |       | 0.1  |      |      |          |       |      |
|                                        |        | <i>Amorub 3.0</i>                                       |       | 0.1  |      |      |          |       |      |
|                                        |        | <i>Amorub 4.0</i>                                       |       | 0.1  |      |      |          |       |      |

| REQUISICÃO DE MATERIAL ESPECÍFICOS CIRURGIA |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|---------------------------------------------|------|----------|-------|------|------|------|----------|-------|------|
| ITEM                                        | AGHU | MATERIAL | QUANT | CONS | ITEM | AGHU | MATERIAL | QUANT | CONS |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |

| REQUISICÃO DE MATERIAL ESPECÍFICOS CIRURGIA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| REQUISICÃO DE MATERIAL OPME |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|-----------------------------|------|----------|-------|------|------|------|----------|-------|------|
| ITEM                        | AGHU | MATERIAL | QUANT | CONS | ITEM | AGHU | MATERIAL | QUANT | CONS |
|                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |
|                             |      |          |       |      |      |      |          |       |      |

|       |          |       |             |       |           |
|-------|----------|-------|-------------|-------|-----------|
| DATA: | MONTAGEM | DATA: | CONFERÊNCIA | DATA: | DEVOLUÇÃO |
|       | NOME:    |       | NOME:       |       | 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

2018

## SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

DATA: 08/02/16 Posto: Enfermaria: Leito:

Paciente: Francisco Nelson Mendes Gomes Prontuário: 930423/1  
Cirurgia: Quadrante de início de fratura de fêmur direito membro D  
Anestesia: Algodão preto (Dinâmica) Anestesista: Marcelo  
Alergia à drogas: ☒ Não ☐ Sim. Quais? -

Necessidade de RPA: ☒ Sim ☐ Não Assinatura anestesista:

Marcelo Cristiano C. Oliveira  
Anestesiologista  
CRM-PI 4226

### OBSERVAÇÕES:

| Hora | Prescrição médica em RPA                                                     | Horário |
|------|------------------------------------------------------------------------------|---------|
|      | <u>1) Monitorização</u>                                                      |         |
|      | <u>2) O<sub>2</sub> 2L/min via cateter nasal se SpO<sub>2</sub> &lt; 92%</u> |         |
|      |                                                                              |         |
|      |                                                                              |         |
|      |                                                                              |         |
|      |                                                                              |         |
|      |                                                                              |         |
|      |                                                                              |         |
|      |                                                                              |         |

| Controles                   |     |     |       |                   |     |     |       |  |
|-----------------------------|-----|-----|-------|-------------------|-----|-----|-------|--|
|                             | Sim | Não | Local |                   | Sim | Não | Local |  |
| Monitorização cardíaca      |     |     |       | Dreno de penrose  |     |     |       |  |
| Oximetria                   |     |     |       | Dreno de tórax    |     |     |       |  |
| Oxigenoterapia<br>___ 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               |  |  |  |  |



PACIENTE: Francisco Kelyson Mendes Coelho

PRONTUÁRIO: 43.0429/1 ORIGEM/LEITO: 44A DATA: 08/02/13

PROCEDIMENTO AUTORIZADO: Tratamento cirúrgico do tumor da base da língua  
Checagem antes da indução anestésica  
Identificação (CHECK-IN)

Checagem antes da incisão cirúrgica  
Confirmações (TIME-OUT)

Checagem antes da indução anestésica  
Identificação (CHECK-IN)

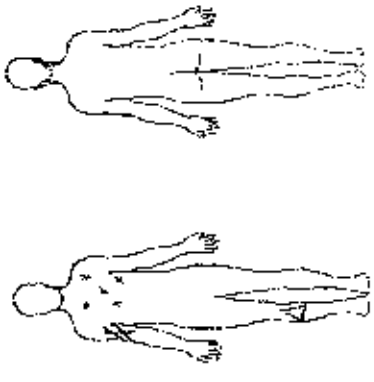
Checagem antes da incisão cirúrgica  
Confirmações (TIME-OUT)

CHEGADA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: 06:50  
1. ☒ Pulseira de identificação  
Paciente/Responsável confirma:  
2. ☒ Nome completo  
3. ☒ Procedimento programado  
4. ☒ Jejum preconizado - Tempo: 09  
5. Sítio cirúrgico demarcado: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica  
6. ☒ Retirada de órteses, próteses e adornos  
7. ☒ Vestimenta adequada  
8. ☒ Consentimento livre e esclarecido preenchido e assinado  
9. ☒ Avaliação pré-anestésica realizada e consentimento assinado  
10. ☒ Exames de imagem e laboratoriais disponíveis  
11. Alergia conhecida: desconhecida  
Enfermeiro/Téc. em Enfermagem: Andressa - COREN: 42115015

HORÁRIO DE ENTRADA NA SALA Nº ( 3 ) ( 1 ) : 7:40  
Cirurgião, anestesiológista e enfermagem confirmam verbalmente:  
25. ☒ Identificação do paciente, procedimento programado e sítio cirúrgico.  
26. ☒ Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função  
27. ☒ Placa de bisturi elétrico posicionada corretamente  
Colocar símbolos abaixo para localização de:  
Eletrodos: \*  
Placa de bisturi: Δ  
Incisão cirúrgica: \*  
Garrote pneumático: IIII  
Início do garroteamento: \_\_\_\_\_  
Término do garroteamento: \_\_\_\_\_  
28. Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não se aplica  
29. ☒ Profilaxia antimicrobiana realizada nos últimos 60 minutos?  
☐ Não se aplica  
30. Degermação: ☒ PVPi ☐ Clorexidina  
Antissepsia: ☒ PVPi ☐ Clorexidina

HORÁRIO DO TÉRMINO DA CIRURGIA: 10:15  
31. Confirmação verbal com equipe cirúrgica. Procedimento realizado: Tratamento cirúrgico do tumor da base da língua  
32. ☒ Contagem de compressas correta:  
Entregues: 28 Recolhidas: 28  
33. ☒ Contagem de gases correta:  
Entregues: 80 Recolhidas: 80  
34. ☒ Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta:  
Entregues: 277 344 44 Recolhidos: 277 344 44  
35. ☒ Contagem de perfurocortantes correta:  
Entregues: 277 Recolhidos: 277  
36. Congelação: ☐ Sim ☒ Não se aplica  
37. Peças cirúrgicas/amostra(s) para anatomia patológica:  
☒ Não se aplica ☐ Sim e identificação correta da peças cirúrgicas/amostra(s).  
Quantidade de peça(s)/amostra(s): \_\_\_\_\_  
Especificação da(s) peça(s) cirúrgicas/ amostra(s): \_\_\_\_\_

CONFIRMAR ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:  
12. ☒ Dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)  
13. ☒ Montagem da SD de acordo com o procedimento agendado  
14. ☒ Monitor multiparamétrico, mesa cirúrgica, foco e demais equipamentos necessários funcionantes  
15. ☒ Materiais e medicamentos para a anestesia disponíveis  
16. Via aérea difícil ou risco de aspiração? ☒ Não  
☐ Sim e equipamentos para assistência disponíveis  
17. ☒ Instrumentais com embalagem íntegra e dentro do prazo de validade.  
18. ☒ Instrumentais estéreis em condições ideais de uso  
19. ☒ Presença de integrador químico nas caixas estéreis (em caso de implantes) ☐ Não se aplica  
20. ☒ Necessidade de uso de manta/colchão térmicos ☒ Não se aplica  
21. ☐ Reserva de hemoderivados: CH ☐ PFC ☐ CP ☐ CRIOL ☐ ;  
175 ☒ Não se aplica 51A  
22. ☒ OPMEs solicitados disponíveis: ☒ Não se aplica  
23. ☐ Vaga de UTI: ☒ Não se aplica  
24. ☒ Sítio cirúrgico demarcado: ☐ Não ☐ Não se aplica

HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA: 8:30  


38. ☐ Verificado se há problema com equipamentos para ser resolvido  
39. O cirurgião, o anestesiológista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente

Dr. Osvaldo Mendes Filho  
Cirurgião  
CRM-PI 4225  
Dr. João Norberto Lima Junior  
Anestesiologista  
CRM-PI 4225  
Auxiliar  
Circulante  
Instrumentador  
Cirurgião

Dr. Osvaldo Mendes Filho  
Cirurgião  
CRM-PI 4225  
Dr. João Norberto Lima Junior  
Anestesiologista  
CRM-PI 4225  
Enfermeiro

ANOTAÇÕES:

080218 às 0650 Admitido para fratura de  
unha da mão direita, cicatrizes de amarelo.  
Mago HAS, DM e Abuso de medicamentos e  
uso AUP L-MSF. Recusa de internação.  
F. 40 - paciente admitido na SU para procedimentos. Razão  
transfere, submetido a bloqueio com uso de ultrassom.  
Transfere 072213-P1

REGISTROS DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: LOCAL: SRPA

Horário: 16:30 P.O. de: Pré-operatório destino: durante de cirurgia

Curativo oclusivo em: MSD

SSVV: Tax= 34 C°: P= 36 bpm; R= 14 irpm; PA= 108 x 5.2 mmHg; SpO2= 98 %

Nível de consciência: ☒ Acordado ( ) Adormecido ( ) Sonolento ( ) Intubado ( ) Outros

( ) Cateter de O<sub>2</sub>: 1/min ( ) SNG - Débito: ml ( ) SVD - Débito: ml

( ) Dreno: Local:

( ) Dreno: Local:

( ) Dreno: Local:

( ) Cateter Venoso Central Local:

☒ Cateter Venoso Periférico Local: M51

( ) 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: Poliana COREN: 072213 P1

10



Hospital  
Universitário

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

**EBSERH**

**RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DAS CAIXAS CIRÚRGICAS**

PACIENTE: Flávia Ribeiro Mendes, Welton

PRONTUÁRIO: 936929/1

DATA DA CIRURGIA: 08/02/13

CIRURGIÃO: Dr. Cinábulo

CIRCULANTE: José...

SALA: 01

CIRURGIA REALIZADA: Tiragem de sangue de urina

**INTEGRADOR QUÍMICO**

**RÓTULO DA CME - PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO**

ORTOPEDIA - CAIXA BÁSICA DE MEMBRO SUPERIOR  
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: 12 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4  
Esterilização: 08/02/13 Vencimento: 08/02/13  
Indicador Químico Interno: ( ) Sim ( ) Não  
Preparado por (UPME): Renato

**ORTOPEDIA - CAIXA DE TRAUMATO-ORTOPEDIA**

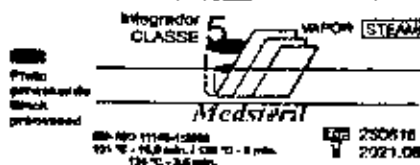
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: 12 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4  
Esterilização: 08/02/13 Vencimento: 08/02/13  
Indicador Químico Interno: ( ) Sim ( ) Não

CAIXA Nº 2 DE GRANDES FRAGMENTOS - DIBRON Nº 1177  
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: 12 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4  
Esterilização: 08/02/13 Vencimento: 08/02/13  
Indicador Químico Interno: ( ) Sim ( ) Não  
Preparado por (UPME): Renato

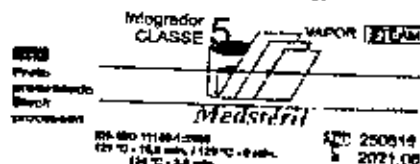
**CAIXA Nº 2 DE GRANDES FRAGMENTOS - DIBRON Nº 1177  
INSTRUMENTAIS**

Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: 12 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4  
Esterilização: 08/02/13 Vencimento: 08/02/13  
Indicador Químico Interno: ( ) Sim ( ) Não  
Preparado por (UPME): Renato

Medsteril



Medsteril





Paciente: Francisco Wilson Mendes Coelho Pront.: 430429/1 Enf:            Leito:            DN:             
 Cirurgião: Dr. Carlos Diagnóstico pré-operatório: fratura diafise direita do  
 Cirurgia realizada: osteotomia cirúrgica de fratura de diafise direita do  
 Condições pré-operatórias sem avaliação pré-anestésica  
 Exames Clínicos:            Risco (Asa): I

**Exames Clínicos:**

Risco (Asa): 7

Acidente – Incidente: \_\_\_\_\_  
Justificativas: \_\_\_\_\_  
Anestésica: Wagonet plexo ulnar

Data: 08 / 02 / 78

Novobupr 0,5% el vaso - 1 fr. Maria Cristina C. Oliveira Dermatologista - 1 ang  
Anestesiologista  
 Anestesiologista corimbos

|                                                                         |                                   |                                |                                 |                          |       |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE<br><b>102 Kelyza Mendes Lourenço</b>                   | PROFISSIONAL<br><b>(1166) SFB</b> | D. NASCIMENTO                  | CLÍNICA                         | ENE ou APÉ<br><b>234</b> | LEITO |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES<br><b>67 - Gravidez diáspora (28w)</b> | ALERGIAS                          |                                | MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE |                          |       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA<br>DATA: <b>07/07/18</b> HORA: <b>18h</b>             | HORÁRIO                           | OBSERVAÇÕES                    |                                 |                          |       |
| <b>1 Defesa hmg</b>                                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>2 1ml de</b>                                                         |                                   | <b>Elaine Araújo Torres</b>    |                                 |                          |       |
| <b>3 Transfusão de 100ml de F3 31h PM</b>                               |                                   | <b>Enfermeira</b>              |                                 |                          |       |
| <b>4 Difusão - 0,004 + 0,004 - 6 6/6h PM</b>                            |                                   | <b>CONSEN-PIN 458.05E</b>      |                                 |                          |       |
| <b>5 33 W 6/6h</b>                                                      |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>6 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                      |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>7 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                      |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>8 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                      |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>9 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                      |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>10 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>11 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>12 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>13 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>14 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>15 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>16 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>17 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>18 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>19 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>20 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>21 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>22 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>23 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>24 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>25 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>26 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>27 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>28 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>29 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |
| <b>30 1ml de 100ml de F3 31h PM</b>                                     |                                   | <b>31h Contínuo em 1 litro</b> |                                 |                          |       |



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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                              |                  |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>FRANCISCO KELSON MENDES COELHO                           |                  |                                              |
| Nº DO PRONTUÁRIO<br>4304291                                                  | ENFERMARIA/LEITO | IDADE<br>26 Anos                             |
| ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)<br>RUA NOSSA SENHORA DAGUIA, 3281, VILA IRMA DULCE  |                  |                                              |
| CPF<br>3359054393                                                            | RG<br>2768736    | TELEFONE DE CONTATO<br>(86) 998318321 / (86) |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (No caso do paciente legalmente incapaz)</b> |                  |                                              |
| NOME DO RESPONSÁVEL<br>O MR SMO                                              |                  |                                              |
| ENDEREÇO<br>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) cirúrgicos:

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

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 | CRM DO MÉDICO |
|----------------|---------------|

Dr. Lafabeth Macedo  
Médico  
CRM-PI 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

# **CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR** **COMPROVANTE DE REGULAÇÃO**

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

## **DADOS CLINICOS**

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

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

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>DATA:</b> 02/02/2018 12:37-07 |
|----------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p> <b>José Ferreira Neto</b><br/>             Médico da Unidade de Pronto Atendimento<br/>             CRM 1058<br/>             2002 5.10.007 010-55           </p> <p><b>MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO</b></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Paciente: JOSE CARLOS RIBEIRO DE SAES 4304 Enl / Leitor: 187

Unidade Assistencial: Cardiologia Mês: dezembro / 20?

## ESCALA DE BRADEN

| Percepção Sensorial                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Orientado no tempo / espaço                 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Períodos de desorientação no tempo / espaço | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Períodos de inconsciência                   | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Inconsciente                                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Umidade                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Raramente molhado                           | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Ocasionalmente molhado                      | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Muito molhado:                              | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Completamente molhado                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Atividade                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Deambula                                    | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Deambula com auxílio / ajuda                | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Locomoção por cadeira de rodas              | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Acamado                                     | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Mobilidade                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Movimentação todos os segmentos corporais   | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Limitação de movimentos                     | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Movimentação com auxílio                    | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Incapaz de movimentar-se                    | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Nutrição e Hidratação                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Excelente                                   | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Adequado                                    | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Provavelmente inadequado                    | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Muito pobre                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Fricção e Circunferência                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Nenhum problema                             | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Problema em potencial                       | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Problema                                    | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Problema                                    | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CLASSIFICAÇÃO                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Risco Baixo (RB): 15 a 18 pontos

Risco Moderado (RM): 13 a 14 pontos

Risco Alto (RA): 10 a 12 pontos

Risco Muito Alto (RMA): ≤ 9 pontos





Idade: 26 anos  
Leito: 414

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

NOME: Francisco Kelson Mendes Coelho DATA: 05/04/18

CIRURGIA PROPOSTA: Enter úmido TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PESSOAIS

- |                                                                 |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HAS                                    | <input type="checkbox"/> Angioplastia com stent há _____      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                      | <input type="checkbox"/> AVC prévio                           |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo                              | <input type="checkbox"/> Cirurgias _____                      |
| <input type="checkbox"/> IAM prévio.                            | <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos _____         |
| <input type="checkbox"/> Revascularização do miocárdio há _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Quirúrgico</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: 130x80 mmHg AC: normal, BNA, SS AP: normal

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG: ☒ normal ☐ alterado \_\_\_\_\_

RX de tórax: ☒ normal ☐ alterado \_\_\_\_\_

Ecocardiograma: EC: 64% Anel da válvula da aorta normal

Outros: \_\_\_\_\_

Hb: 12 Hto: 40 Pla: 234 INR: \_\_\_\_\_ TTPA: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ur: 23 Cr: 1,2 Glic: \_\_\_\_\_ TGO: \_\_\_\_\_ pCO2: \_\_\_\_\_ pO2: \_\_\_\_\_

ALGORITMO DO AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (ACP):

- |                                                              |                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IAM < 6 meses (10 pontos)           | <input type="checkbox"/> Ritmo não-sinusal ou com EEAA (5 pontos)                                      |
| <input type="checkbox"/> IAM > 6 meses (5 pontos)            | <input type="checkbox"/> > 5 EECV no ECG (5 pontos)                                                    |
| <input type="checkbox"/> Angina Classe III (10 pontos)       | <input type="checkbox"/> pO2 < 60, pCO2 > 50, K < 3, Ur > 50, Cr > 3,0 ou restrito ao leito (5 pontos) |
| <input type="checkbox"/> Angina Classe IV (20 pontos)        | <input type="checkbox"/> Idade > 70 anos (5 pontos)                                                    |
| <input type="checkbox"/> EAP na última semana (10 pontos)    | <input type="checkbox"/> Cirurgia de emergência (10 pontos)                                            |
| <input type="checkbox"/> EAP alguma vez na vida (5 pontos)   |                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 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.

- |                                             |                                                      |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Idade > 70 anos    | <input type="checkbox"/> História de ICC             |
| <input type="checkbox"/> História de angina | <input type="checkbox"/> História de IAM             |
| <input type="checkbox"/> DM                 | <input type="checkbox"/> Alterações isquêmicas do ST |
| <input type="checkbox"/> Ondas Q no ECG     | <input type="checkbox"/> HAS com HVE importante      |

☒ Baixo risco (< 1,0% - 1,5% de risco)  
☐ Risco intermediário (1,0 - 1,5% - 2,0% de risco)  
☐ Alto risco (> 1,5% - 2,0% de risco)

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 insulino-terapia
- ☐ 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 o procedimento

proprio

regul

leia

Assinatura/carimbo

2011 Conselho Júnior  
UNDA MEDICA  
2017

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

Francisco Kelson Almeida  
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 UTI, 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

P.A.: 140 X 80 mmHg  
F.C.: 58 bpm  
F.E.: 16  
T.: 36,5°C

Data: 08 de fevereiro de 2018

Enfermeiro responsável: \_\_\_\_\_

Pablo Henrique Silva Malta  
Enfermeiro  
CORP 71345437

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

|                                                               |                                        |                 |                 |                                      |            |               |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|------------|---------------|----------------------------------------------------------------------|
| Paciente                                                      | <u>Erismiro Kelson Mendes Loureiro</u> | Data nascimento | <u>11/04/91</u> | Idade                                | <u>26</u>  | Sexo          | <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/> Mas |
| Prontuário nº                                                 | <u>1311231</u>                         | Data admissão   | <u>1/1</u>      | Clinica / Posto / Enfermaria / Leito | <u>41A</u> | Data infecção | <u>1/1</u>                                                           |
| Diagnóstico(s) de Base (CID): <u>Fratura de osso proximal</u> |                                        |                 |                 |                                      |            |               |                                                                      |

|                                                 |                                        |                                                          |                                                                   |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Indicação do antibiótico                        | <input type="checkbox"/> Terapêutica   | <input checked="" type="checkbox"/> Profilaxia cirúrgica | <input type="checkbox"/> Profilaxia não cirúrgica                 |
| Peso:                                           | Creatinina:                            | Função hepática:                                         | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada |
| Fatores de risco                                | <input type="checkbox"/> Esteve em UTI | <input type="checkbox"/> Realizou cirurgia               | <input type="checkbox"/> Uso prévio de antibióticos               |
| Tempo/Uso de Antibióticos                       |                                        |                                                          |                                                                   |
| Foco da Infecção:                               | <input type="checkbox"/> Comunitária   | <input type="checkbox"/> Hospitalar                      |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> ITU                    | <input type="checkbox"/> Pneumonia     | <input type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico                 | <input type="checkbox"/> Corrente Sanguínea                       |
| <input type="checkbox"/> Assintomática          | Rx tórax/TC                            | <input type="checkbox"/> Incisional                      | <input type="checkbox"/> Laboratorial                             |
| <input type="checkbox"/> Sintomática            | <input type="checkbox"/> Definido      | <input type="checkbox"/> Órgão/espaco                    | <input type="checkbox"/> Clínica                                  |
| <input type="checkbox"/> Outras                 | <input type="checkbox"/> Possível      | <input type="checkbox"/> Profunda                        | <input type="checkbox"/> Cateter central                          |
| <input type="checkbox"/> Cateter urinário (SVD) | <input type="checkbox"/> Negativo      | Local sítio cirúrgico:                                   | <input type="checkbox"/> Cateter periférico                       |
| <input type="checkbox"/> Outra instrumentação   | <input type="checkbox"/> Não feito     |                                                          | <input type="checkbox"/> NPT                                      |
|                                                 | <input type="checkbox"/> Respirador    |                                                          | <input type="checkbox"/> Hemodiálise                              |
|                                                 |                                        |                                                          | <input type="checkbox"/> Outras infecções                         |
|                                                 |                                        |                                                          | Local principal:                                                  |
|                                                 |                                        |                                                          | Local específico (CID):                                           |
|                                                 |                                        |                                                          | <input type="checkbox"/> Procedimento/<br>Instrumentação invasiva |

| Culturas realizadas |          |                |               |
|---------------------|----------|----------------|---------------|
| Data                | Material | Microorganismo | Sensibilidade |
|                     |          |                |               |
|                     |          |                |               |
|                     |          |                |               |

| Antimicrobiano solicitado                     |           |             |                                                   |          |                                                           | Uso exclusivo da CCIH                                     |      |           |     |      |  |
|-----------------------------------------------|-----------|-------------|---------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|-----------|-----|------|--|
| <input type="checkbox"/> Início de tratamento |           |             | <input type="checkbox"/> Renovação da solicitação |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
| <input type="checkbox"/> Mudança de esquema   |           |             | <input type="checkbox"/> Alteração de Posologia   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
| Antimicrobiano                                | Dose      | Intervalo   | Via                                               | Dias     | Autorização                                               | Alteração                                                 | Dose | Intervalo | Via | Dias |  |
| <u>Cefazolina</u>                             | <u>1g</u> | <u>6/6h</u> | <u>IV</u>                                         | <u>2</u> | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |      |           |     |      |  |
| Justificativa do médico                       |           |             |                                                   |          |                                                           | Justificativa / Sugestão da CCIH                          |      |           |     |      |  |
| <u>Profilaxia Cirúrgica</u>                   |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
| Assinatura/carimbo do prescriptor             |           |             |                                                   |          |                                                           | Assinatura/carimbo da CCIH                                |      |           |     |      |  |
| Data                                          |           |             |                                                   |          |                                                           | Data                                                      |      |           |     |      |  |
| Uso exclusivo da Farmácia:                    |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
|                                               |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
| Assinatura/carimbo                            |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |
| Data                                          |           |             |                                                   |          |                                                           |                                                           |      |           |     |      |  |

Lêgenda: 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: 1177813

Clinica: UTIN

Origem : HUT-HUT

Destino: HUT

Cadastro: 26/01/2018 às 00:01

Criado em 26/01/2018 às 00h 30min

### HEMOGRAMA COMPLETO

Liberado em 02/02/2018 às 15h 23min

#### ERITOGRAMA

Hemácias 4.52 milhões/mm<sup>3</sup>  
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 6.00 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina 12.50 a 16.00 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 mm<sup>3</sup>  
Neutrófilos 15486 mm<sup>3</sup> 87.0 %  
Segmentados 15130 mm<sup>3</sup> 85.0 %  
Bastões 356 mm<sup>3</sup> 2 %  
Metamielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
Mielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
Promielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
Eosinófilos 356 mm<sup>3</sup> 2.0 %  
Basófilos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
Linfócitos 1424 mm<sup>3</sup> 8.0 %  
Monócitos 534 mm<sup>3</sup> 3.0 %

Observações

LEUCOCITOSE

#### VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos 4.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>  
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 20 a 40 %  
Monócitos 2 a 10 %

Contagem de PLAQUETAS 459000 mm<sup>3</sup>

Observações

PRESENÇA DE GRUMOS PLAQUETÁRIOS

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm<sup>3</sup>

Método: Automação

Material: SANGUE TOTAL

Liberado por: Mariana Oliveira Rocha - CRM-PI-447



# HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

**Laboratório Dr. Zenon Rocha**

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

Fl. 2/3

Nome : **WILSON PASSINHO PESSOA**

Registro: 11275813

Id, Sx : 74a , M

Clinica: UTIN

Pedido: 3914747

Origem : HUT-HUT

Médico: SEM SOLICITANTE

Destino: HUT

Emissão: 02/02/2018 às 15:23

Cadastro: 26/01/2018 às 00:01

Coletado em 26/01/2018 às 00h 30min

Liberado em 26/01/2018 às 00h 30min

**SÓDIO**

**RESULTADO: 140.4 mmol/L**

VALORES DE REFERÊNCIA: 134 a 145 mmol/L

Método: Seletivo

Material: SORO

*OK*

Liberado por Comissão de Maria Andrade Santos - CRM-  
PI 11275

Data 25/01/2018 10:39  
Sódio 144.0

01/10/2017 20:57  
141.1

Coletado em 26/01/2018 às 00h 30min

Liberado em 26/01/2018 às 00h 30min

**POTÁSSIO**

**RESULTADO: 4.07 mmol/L**

VALOR DE REFERÊNCIA: 3.5 a 5.5 mmol/L

Método: Seletivo

Material: SORO

*OK*

Liberado por Comissão de Maria Andrade Santos - CRM-  
PI 11275

Data 25/01/2018 10:39  
Potássio 3.74

01/10/2017 20:57  
3.86

Coletado em 26/01/2018 às 00h 31min

Liberado em 26/01/2018 às 00h 31min

**MAGNÉSIO**

**RESULTADO: 2.09 mg/dL**

VALOR DE REFERÊNCIA: 1.5 a 2.5 mg/dL

Método: Colorimétrico

Material: SORO

*OK*

Liberado por Comissão de Maria Andrade Santos - CRM-  
PI 11275

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**

Registro: 41372813

Id, Sx : 74a , M

Clinica: UTIN

Pedido: 3914747

Origem : HUT-HUT

Médico: SEM SOLICITANTE

Destino: HUT

Emissão: 02/02/2018 às 15:23

Cadastro: 26/01/2018 às 00:01

Coletado em 25/01/2018 às 06h 30min

Liberado em 01/10/2017 às 20h 57min

**UREIA**

**RESULTADO: 103 mg/dL**

VALOR DE REFERÊNCIA: 15 - 45 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

*CRUZ*

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

Data 25/01/2018 10:39

01/10/2017 20:57

Uréia

77

42

Coletado em 25/01/2018 às 06h 30min

Liberado em 01/10/2017 às 20h 57min

**CREATININA**

**RESULTADO: 1.7 mg/dL**

VALORES DE REFERÊNCIA

Método: Automação

Homens: até 1,3 mg/dL

Material: SORO

Mulheres: até 1,1 mg/dL

*CRUZ*

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

Data 25/01/2018 10:39

01/10/2017 20:57

Creatinina

1.6

1.0

Coletado em 25/01/2018 às 06h 30min

Liberado em 01/10/2017 às 20h 57min

**CÁLCIO IONIZADO**

**RESULTADO: 1.147 mmol/L**

VALOR DE REFERÊNCIA: 1,1 - 1,3 mmol/L

Método: Ion Seletivo

Material: SORO

*CRUZ*

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

Data 25/01/2018 10:39

01/10/2017 20:57

CAIO

1.190

1.168



# HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

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

Pt. 1/1

Nome : FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Registro: 1133.646

Id, Sx : 26a , M

Clinica: P01

Pedido: 3926400

Origem : HUT-HUT

Médico: SEM SOLICITANTE

Destino: HUT

Emissão: 02/02/2018 às 15:26

Cadastro: 02/02/2018 às 11:02

Coletado em 02/02/2018 às 11h 03min

Liberado em 02/02/2018 às 11h 03min

## HEMOGRAMA COMPLETO

### ERITOGRAMA

Hemácias 4.93 milhões/mm<sup>3</sup>  
 Hemoglobina 14.9 g/dL  
 Hematócrito 43.2 %  
 V.C.M. 87.6 fL  
 H.C.M. 30.2 uug  
 C.H.C.M. 34.5 g/dL  
 R.D.W. 12.7 %

Observações:

### VALORES DE REFERÊNCIA

Adulta  
 4,50 a 5,50 milhões/mm<sup>3</sup>  
 13,50 a 18,00 g/dL  
 40,00 a 54,00 %  
 87,00 a 101,00 fL  
 27,00 a 32,00 uug  
 32,00 a 36,00 g/dL  
 11,00 a 14,00 %

### LEUCOGRAMA

Leucócitos 11100 mm<sup>3</sup>  
 Neutrófilos 9435 mm<sup>3</sup> 85.0 %  
 Segmentados 9324 mm<sup>3</sup> 84.0 %  
 Bastões 111 mm<sup>3</sup> 1 %  
 Metamielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
 Mielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
 Promielócitos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
 Eosinófilos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
 Basófilos 0 mm<sup>3</sup> 0.0 %  
 Linfócitos 1332 mm<sup>3</sup> 12.0 %  
 Monócitos 333 mm<sup>3</sup> 3.0 %

Observações

NEUTROFILIA

ALGUNS NEUTROFILOS COM GRANULAÇÕES TÓXICAS FINAS

### VALORES DE REFERÊNCIA

Adultos  
 4,000 a 10,000/mm<sup>3</sup>  
 40-70%  
 10-30%  
 0-1%  
 0-1%  
 0-1%  
 0-1%  
 0-1%  
 0-1%  
 0-1%  
 0-1%

Contagem de PLAQUETAS 323000 mm<sup>3</sup>

Observações

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm<sup>3</sup>

Método: Automação

Material: SANGUE TOTAL

Liberado por: Rafael de Castro Andrade Carvalhal - (86) 3229-4247

41A - Francisco Nelson M. Coelho

data: 05/02/18 26 curvas

side of valley

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

41A  
ESER

P4  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Hospital  
Universitário

|                                                    |  |             |  |                          |  |                                  |  |                                          |  |
|----------------------------------------------------|--|-------------|--|--------------------------|--|----------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| Nome do Paciente<br>FRANCISCO RAISON MENDES COELHO |  |             |  | Identificação<br>4204281 |  | Data de Nascimento<br>27/04/1991 |  | Sexo<br>M                                |  |
| Data de Exame<br>11/04/1991                        |  | Idade<br>26 |  | Sexo<br>Masculino        |  | RG<br>2768726                    |  | Nome da Mãe<br>HANEDITA MENDES DE COELHO |  |
| Hospital de Referência<br>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO   |  |             |  | Endereço<br>66000        |  | Município<br>Teresina            |  | UF<br>PI                                 |  |

### ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

Informações Clínicas:

#### DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso:                      Kg                      Altura:                      Cm                      SupCorpo:                      m<sup>2</sup>

#### 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).....           | 60    | %                | ( > 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 <sup>2</sup> |             |

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

|                                    |  |            |  |
|------------------------------------|--|------------|--|
| Profissional                       |  | Assinatura |  |
| Nome<br>NEWTON NUNES DE LIMA FILHO |  | Assinatura |  |
| Data<br>05/02/2018                 |  | Assinatura |  |

**EBSER**

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

n

u

Hospital  
Universitário

|                                 |       |           |         |                            |  |                 |  |
|---------------------------------|-------|-----------|---------|----------------------------|--|-----------------|--|
| Nome do Paciente                |       |           |         | Prontuário                 |  | Data de Exame   |  |
| FRANCISCO KESLON MENDES CORREIA |       |           |         | 4394391                    |  | 25/02/2018      |  |
| Nascimento                      | Idade | Sexo      | RG/CPF  | Nome do Med                |  |                 |  |
| 21/04/1991                      | 26    | Masculino | 2769776 | NEWTON NUNES DE LIMA FILHO |  |                 |  |
| Profissional Solicitante        |       |           |         | Telefone                   |  | Data de Entrada |  |
| JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR        |       |           |         | 6506                       |  | 01/03/2018      |  |

**LAUDO DESCRITIVO****COMENTÁRIOS:**

Atividades 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 ventriculos 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)

|                                    |  |             |  |
|------------------------------------|--|-------------|--|
| Profissional                       |  | UF Conselho |  |
| Nome<br>NEWTON NUNES DE LIMA FILHO |  | CRM 2419    |  |
| Data<br>05/02/2018                 |  | Assinatura  |  |



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 ALIVIO

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 ( )**

**5. 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**

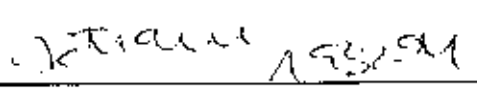
- \*NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO:
- \*SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
- \*QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO:
- \*ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO:
- \*PRESENÇA DE SVD, SNG CURATIVOS E OUTROS:
- \*CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DE ROTINA:

**GRAU III**

- \*NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO
- \*CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXO:
- \*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 diáfise do úmero  
**Consultorias**  
05/02/2018 CARDIOLOGIA

### 4. EVOLUÇÃO

PACIENTE NO 2º DPQ DE OSTEOSÍNTESE DE ÚMERO 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

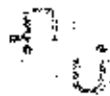
### 6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

10/02/2018, 10:01 h.

Dr. JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR CRM 6606

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



Hospital  
Universitário

Sumário de Alta

Identificação

Francisco Kelson Mendes Coelho

Leito: 0041A

430429/1



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

FHT  
Fundação Hospitalar  
de Teresina

SU

# FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

P. 11

HV

NOME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

CONTATO FEITO COM: \_\_\_\_\_

CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ( )

## I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

## I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ( )

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Acidente com moto  
Tratado em MSO  
F. B. B. J. J.

EXAMES REALIZADOS:

Exames de urina e sangue  
de 4 dias

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur D. / 542-3  
0409020353

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA:

02/02/2018

JOSE FERNANDO NEJO  
Médico Assistente em Medicina  
CRM 1556  
CPF 095.597.373-10

Ass. e carimbo do médico

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO ESTADUAL DO PIAUÍ

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA

INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR




*Francisco Kelson Mendes Coelho*

ASSINATURA DO TITULAR

8513048

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

REGISTRO GERAL

NOME

FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

FLUÍDO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDICÃO

10/07/13

NATURALIDADE

BENEDITA MENDES COELHO

DOMINGOS GOMES COELHO

DATA DE NASCIMENTO

11/04/1991

DOC. ORDEM

TERESINA-PI

CERT. NASC.

57677 L A 76 F 02

CPF EXP

TERESINA-PI 18/06/93

TERESINA-PI

033.590.543-94

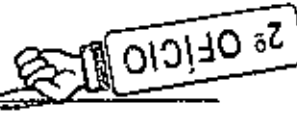
**LEI Nº 7.116 DE 2002 - DECRETO Nº 69.200/03**

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eduan Chaves Sousa,  
RG nº 273.0034, data de expedição 16/11/11,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 033.943.583-60, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Alencar Viana, Parque Ideal, nº 2545  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Francisco Nelson Mendes Coelho o condutor era  
Carlos Alberto Monteiro Veloso Neto

Veículo: PEO EGOT  
Modelo: 307  
Ano: 2010  
Placa: NI 1675  
Chassi: 8A03CNG8TB6001968  
Data do Acidente: 02/02/2018  
Local e Data: Turubiana, 09/04/2018

Eduan Chaves Sousa  
Assinatura do Declarante



Carlos Alberto Monteiro Veloso Neto

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR: ANA LUIZ OLIVEIRA DE SOUZA PEREIRA  
RUA LEONARDO NOGUEIRA, 123 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI  
Fone: (085) 3221-7886 - E-mail: standcartorio@cartoriosampelo.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CARLOS ALBERTO MONTEIRO  
VELOSO NETO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
TERESINA-PI, 09/04/2018. Empl.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70  
Selo: ABC.48983 (F80P446)

Maria do Socorro de Carvalho de Sene - Escrevente Autorizada  
☐ Tabelião ☒ Escrevente Autorizada



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR: ANA LUIZ OLIVEIRA DE SOUZA PEREIRA  
RUA LEONARDO NOGUEIRA, 123 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI  
Fone: (085) 3221-7886 - E-mail: standcartorio@cartoriosampelo.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EDUAN CHAVES SOUSA  
EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 13/04/2018 09:39

THANIA MARIA LINHARES BALDOINO - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
Empl.: 3,71 T.: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70  
Portaria nº 3008/2017 - PJ 2017/0000000-0



Thania Maria Linhares Balduino  
Escrevente Autorizada

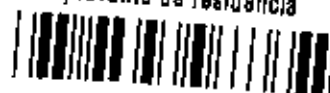


HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

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 COELHORG 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | RUA COSMICO               |
| Número                            | 3281                      |
| Apto / Complemento                | CASA                      |
| Bairro                            | ANGELIM                   |
| Cidade                            | TERESINA                  |
| Estado                            | PIAUÍ                     |
| CEP                               | 64040-535                 |
| Telefone de Contato               | (86) 9 9811-5698          |
| E-mail                            | FCO.KELSONNEVES@GMAIL.COM |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA, 30, JULHO, 2013Assinatura do Declarante: Francisco Kelson Neves Coelho

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.303-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal

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

| CONTAS     | 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               | Entrega: 02/07/2018         |
| Consumo Faturado: 225             | Apresentação: 04/07/2018    |
| FCAM                              |                             |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
|------------------------------|
| Residencial: MONO            |
| Uso: A1448984                |
| Posto: 1.1.1.1               |
| Média 12 meses: 230          |

| HISTÓRICO kWh | DESCRIÇÃO DA CONTA                   |
|---------------|--------------------------------------|
| JUN/18 192    | CONSUMO 225 A R\$ 0,893888 = 201,12  |
| MAI/18 177    | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 16,31 |
| ABR/18 240    | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 11,24  |
| MAR/18 153    |                                      |
| FEV/18 139    |                                      |
| JAN/18 136    |                                      |
| DEZ/17 269    |                                      |
| NOV/17 451    |                                      |
| OUT/17 233    |                                      |
| SET/17 267    |                                      |

TARIFA SOCIAL TRIBUTOS:  
R\$ 225 - 0,893888

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O seu pagamento poderá ser facilitado a inclusão do nome do consumidor na SEREN. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reaviscadas 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

RESERVADO AO FISCAL 8958.2758.D6F4.C9E6.572D.C30B.8066.AFD1

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 38,60       | Base de Cálculo: 201,12 |
| Energia: 73,78            | Alíquota ICMS: 27,00%   |
| Transmissão: 11,60        | Valor do ICMS: 54,30    |
| Energia: 11,75            | Valor do PIS: 1,95      |
| Tributos: 65,19           | Valor do COFINS: 8,94   |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

POLO

82670000007 6 17430017000 1 00000000768 2 80750718008 9



## 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA NOSSA SENHORA DA GUÍA</u>     |
| Número                            | <u>3281</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>FCO.KELSON.M.COELHO@GMAIL.COM</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Torreana, 04 de julho de 2018Assinatura do Declarante: Francisco Kelson Mendes Coelho

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 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

PI

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

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS 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

FIM DA DISTRIBUIÇÃO DE VOUCHER PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA





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                                      |                          |                           | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado |
|                              | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? |                          |                           | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                  |
| Tipo da Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                          |                           |                                               |
|                              | 01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica<br>06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico<br>11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares<br>16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado |                                              |                          |                           |                                               |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 Meio de locomoção                         | 21 Outra parte envolvida |                           |                                               |
|                              | 22 Equipamentos de segurança                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                          |                           |                                               |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              | 24 Sinais vitais         |                           | 25 Local da lesão                             |
|                              | 26 Pupilas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              | 27 Pulso                 |                           | 28 Sangramento                                |
| Assistência                  | 31 Procedimentos realizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              | 32 Hospital de Destino   |                           |                                               |
|                              | 33 Condições da entrada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              | 34 Óbito                 |                           |                                               |
| Observações Interdisciplinar | 35 Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                          |                           |                                               |
|                              | 36 Responsável pela avaliação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                          |                           |                                               |



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                                                                                                       |                                                                                                                                            | Código IBGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |
|                              | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |
| Dados do Paciente            | 14 Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       |                                                                                                                                            | 15 Sexo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado                                                                                                                           |
|                              | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se idade Ignorada, preencha com 999                                                                                   |                                                                                                                                            | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |
|                              | 01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão física-FAB<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica<br>06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico<br>11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares<br>16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado |                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 Meio de locomoção                                                                                                  | 21 Outra parte envolvida                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 22 Equipamentos de segurança                                                                                                                                            |
|                              | 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta<br>5 - Ônibus/Micro-ônibus<br>6 - Outro<br>9 - Ignorado | 1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta<br>5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Capacete<br><input type="checkbox"/> Airbag<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Assento para criança    |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       | RESPOSTA VERBAL                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 24 Sinais Vitais                                                                                                                                                        |
|                              | 4 - Espontânea<br>3 - À voz<br>2 - À dor<br>1 - Nenhuma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       | 5 - Orientada<br>4 - Confusa<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Nenhuma                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 24 Sinais Vitais<br>Pulso: 88<br>Resp.:<br>PA:<br>TAX:<br>SatO2: 96                                                                                                     |
| Exame Físico                 | 26 Pupilas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 29 Dor                                                                                                                |                                                                                                                                            | 25 Local da lesão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                         |
|                              | 1 - Iguais<br>2 - Desiguais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 - Sem Dor<br>1 - Leve<br>3 - Moderada<br>7 - Intensa<br>10 -                             |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |
| Assistência                  | 27 Pulso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 30 Fratura                                                                                                            |                                                                                                                                            | 31 Procedimentos realizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |
|                              | Radial: 1 - Cheio 2 - Fino<br>Central: 1 - Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 - Sim<br>Exposta: 1 - Sim 2 - Não<br>Fechada: 2 - Não 3 - Suspeito                                                  |                                                                                                                                            | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br><input type="checkbox"/> Aspiração<br><input type="checkbox"/> Prancha longa/curta<br><input type="checkbox"/> Oxi-gênio<br><input type="checkbox"/> Colar cervical<br><input type="checkbox"/> Curativos<br><input type="checkbox"/> Kred<br><input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades<br><input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar<br><input type="checkbox"/> Assistência obstétrica<br><input type="checkbox"/> Glicemia<br><input type="checkbox"/> Acesso Venoso<br><input type="checkbox"/> Medicamentos a)<br><input type="checkbox"/> b)<br><input type="checkbox"/> c) |                                                                                                                                                                         |
| Hospital de Destino          | 32 Hospital de Destino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       | 33 Condições de entrada                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 34 Óbito                                                                                                                                                                |
|                              | 32 Hospital de Destino: HUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       | 33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Plorando 3 - Inalterado                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não<br><input type="checkbox"/> Antes do socorro<br><input type="checkbox"/> Antes do transporte<br><input type="checkbox"/> Durante o transporte |
| Observações Interdisciplinar | 35 Observações Interdisciplinar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |
|                              | 35 Observações Interdisciplinar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |
| Assinaturas                  | Responsável pela recepção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       | Socorristas                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Enfermeiro                                                                                                                                                              |
|                              | Responsável pela recepção:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       | Médico: Daniel<br>AEITE:                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Enfermeiro: Naldiana<br>Condutor: Benedito                                                                                                                              |



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/02/2018 - 01:00

Bairro

AEROPORTO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

RG: 2768736SSPPI

Mãe: BENEDITA MENDES COELHO

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DA GUIA, Nº 3881

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9811-5698

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

**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: PEUGEOT, COR PRATA, ANO 2010/2011, PLACA NH-1576, DE PROPRIEDADE DO SR. WALBER JOSÉ PEREIRA FILHO, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, CONDUTOR SR. CARLOS ALBERTO MONTEIRO VELOSO NETO, QUE O PNEU TRASEIRO DO ESQUERDO DO REFERIDO VEÍCULO, ESTOUROU, SACCU, QUE MOTIVOU O ACIDENTE, O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE Nº464936, EM SEQUEDA Nº PRONTUÁRIO DE Nº4651201. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092573

AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Kelson Mendes Coelho - Noticiante

Responsável pela Informação



11-JUL-2018 12:03 494655 1/1

---

**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



# Autorização de pagamento



Administradora do 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<br><b>FRANCISCO KELSON MENDES COELHO</b> | CPF titular da conta<br><b>033.590.543-93</b> | Profissão<br><b>AUTONOMO</b>           |
| Endereço<br><b>RUA NOSSA SENHORA DA GUARÁ</b>          | Número<br><b>3281</b>                         | Complemento<br><b>TERMA DULCE</b>      |
| Bairro<br><b>ANGELIM</b>                               | Cidade<br><b>TERESINA</b>                     | CEP<br><b>64040535</b>                 |
| Email<br><b>FCO.KELSON.MCOELHO@GMAIL.COM</b>           | Estado<br><b>PIAUÍ</b>                        | Telefone (DDD)<br><b>86/99844-5698</b> |

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) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3467

013

8898-6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Terminou 04 de julho de 2018  
Local e Data

Francisco Kelson Mendes Coelho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREDINO 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

DEPOSITOS 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 0,310

Junho

|       |        |           |        |
|-------|--------|-----------|--------|
| 19/06 | 040457 | CRD TEV   | 15,000 |
| 25/06 | 241958 | SAQUE ATM | 15,000 |
| 27/06 | 371532 | CRD TEV   | 20,000 |

Julho

|       |        |            |           |
|-------|--------|------------|-----------|
| 01/07 | 000000 | REM BASICA | 0,000     |
| 02/07 | 301528 | SAQUE ATM  | 20,000    |
| 03/07 | 000237 | CRED TED   | 4.755,000 |

RESUMO EM 03/07

SALDO 4.755,310

RESUMO DO DIA

|                  |           |
|------------------|-----------|
| SALDO BLOQUEADO  | 0,00      |
| SALDO DISPONIVEL | 4.755,310 |
| SALDO TOTAL      | 4.755,310 |

informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouviria 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  
Vitima: 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**



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO  
Nº Sinistro: 3180324739  
Vitima: 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**

Carta nº 13129366



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

Nº Sinistro: 3180324739

Vitima: 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



# 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](http://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 COELHO **Data do acidente:** 02/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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: 3180324729

Vítima: FRANCISCO KELSON MENDES COELHO

CPF: 033.590.543-93

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/02/2018

Titular do CPF: FRANCISCO KELSON  
MENDES COELHO

CPF de: Próprio

## 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](http://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 ( ) DAMS

VITIMA **ERASSCO KESOU ADELDES COELHO**

DATA DO ACIDENTE **02/02/2008** POSSUI CPF SIM ( ) NÃO (X) Nº CPF **033.590.54393**

- ( ) 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.dpvatsegurodoutamso.com.br](http://www.dpvatsegurodoutamso.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/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
(X) Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não  
(X) 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)

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não  
( ) Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
( ) Comprovantes das despesas (preços 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 (IML) – 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 Decisão 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 (FILHOS) 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 Única dos pais da vítima (cópia simples)  
( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário (cópia simples)  
( ) Outros Documentos apresentados:

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome) **ERASSCO KESOU ADELDES COELHO**  
Quem é o portador? (X) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador **033.590.54393**  
E-mail **erassco@macbho.com** Telefone **(20) 99811-5698**  
Data **26/11/2008** Assinatura **Erassco Kelan Colado COELHO**

**RESPONSÁVEL PELA RECEBIMENTO**

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) \_\_\_\_\_  
Atendente **Carla** Matrícula **69934997**  
Data **26/11/2008** Assinatura: **Carla**

## 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

**FRANCISCO KELSON MENDES COELHO : 033.590.543-93**

Comprovante de residência

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](http://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

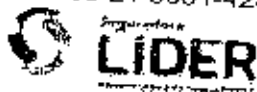
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

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  
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



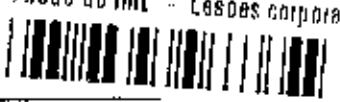
**LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO**

**Identificação do Laudo:**

Pag: 1 de 1

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

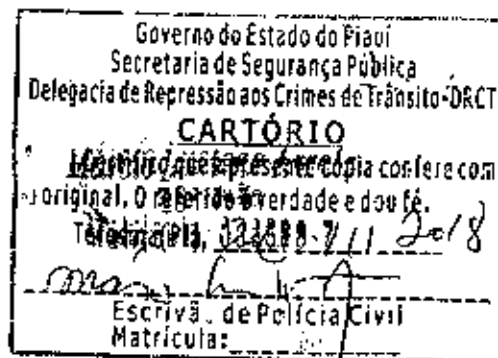
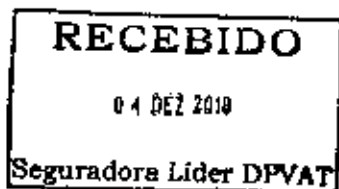
**Identificação do Periciando:**

|                                       |                                                                             |                                                                                     |                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Código:</b><br>94208               | <b>Nome:</b><br>FRANCISCO KELSON MENDES COELHO                              | <b>Nacionalidade:</b><br>Brasileira                                                 | <b>Cor:</b><br>PARDA |
| <b>DT. Cadastro:</b><br>07/11/2018    | <b>Endereço:</b><br>R. NOSSA SENHORA DA GUIA 3281 - ANGELIM - TERESINA - PI | <b>Laudo do IML - Lesões corporais</b>                                              |                      |
| <b>Mae:</b><br>BENEDITA MENDES COELHO | <b>PAI:</b><br>DOMINGOS GOMES COELHO                                        |  |                      |
| <b>CPF:</b><br>033.590.543-93         | <b>RG:</b><br>2768736-SSP PI                                                | <b>Registro Nascimento:</b>                                                         |                      |
| <b>Profissão:</b><br>MOTORISTA        | <b>Nascimento:</b><br>11/04/1991                                            | <b>Idade (anos):</b><br>27                                                          | <b>Sexo:</b><br>M    |
|                                       |                                                                             | <b>Estado Civil:</b><br>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



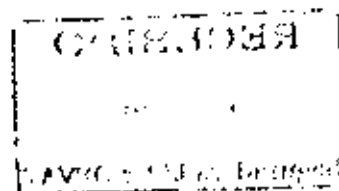
Governo do Estado do Piauí  
 Secretaria de Segurança Pública  
 Delegacia de Repressão aos Crimes de Trânsito-DRCT

**CARTÓRIO**

Certifico que a presente cópia confere com  
 original. O referido é verdade e dou fé.

*Maria Lúcia*  
 Escrivã de Polícia Civil  
 Matrícula: 26111-1-208

Maria Lúcia  
 Escrivã  
 Matrícula: 26111-1-208



## 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](http://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 ( ) DAMS

**IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

VÍTIMA TEARISCO ELSON MACIEL RODRIGUES

DATA DO ACIDENTE 02/02/2018 POSSUI CPF (x) SIM ( ) NÃO Nº CPF 033.590.572-92

**DOCUMENTOS BÁSICOS DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES)**

- ( ) 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 027 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE 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 IMI - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Declaração de Ausência de Laudo do IMI (original), junto com relatório médica, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IMI.
- (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 COBERTURA DE DAMS**

- ( ) 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
- ( ) Comprovação 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)

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE**

- ( ) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) 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 (IMI) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

**DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS DA COBERTURA DE MORTE**

- BENEFICIÁRIO CÔNUGE (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 CÔNUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
  - ( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
  - ( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(s) 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 DA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome) TERESINHA RODRIGUES  
 Quem é o portador? (x) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador 033.590.572-92  
 E-mail teresinhabene@dpvat.com.br Telefone (80) 98.844.5693  
 Data 04/07/2018 Assinatura TERESINHA RODRIGUES

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO**

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ACCURAC  
 Atendente HELENA AVALCANT Matrícula 8.378.770-7  
 Data 04/07/2018 Assinatura HELENA AVALCANT



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](mailto: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](mailto: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](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)  
Tel.: 55 21 3861-4286



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