

Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RONES LOPES FERNANDES

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.944.223 EXPEDIDO POR SSP-PIAUÍ EM 24/10/06 E

CPF 039207483-44 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO SEGURANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RONES LOPES FERNANDES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM ~~CONTA-CORRENTE~~ (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 3436 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 5805-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TERESTINA DATA 31/10/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) RONES LOPES FERNANDES

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CATXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 11/10/2018

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO !MOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 3436 - BARRAS OPER: 013 CONTA: 5.805-0
NOME: RONE S LOPES FERNANDES LIMITE FLUTUANTE GIM:
DISPONIVEL.: 236,45 LIMITE CHEQUE AZUL:
SALDO TOTAL: 236,45 BLOQUEADO: 0,00

NR.DOC HISTORICO V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. TEW2A3B1
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258662/19

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

CPF: 039.207.483-44

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONES LOPES
FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RONES LOPES FERNANDES : 039.207.483-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/07/2019
Nome: RONES LOPES FERNANDES
CPF: 039.207.483-44

RONES LOPES FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190454027 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONES LOPES FERNANDES **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSO) P7 12 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P35 @36

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rony Lopes Fernandes
 DATA DO ACIDENTE 17/09/2018 CPF DA VÍTIMA 039.202.483-44
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Rony Lopes Fernandes
 ENDEREÇO DO PORTADOR VILA LENEL BELZONI ADOT. CASANOVA
514 COMPLEMENTO SANTA BAIRRO MONTE VERDE
 CIDADE TELES PISTA UF PI CEP 64.012-125
 E-MAIL TELESPISTA TELEFONE (86) 9.9885.5915

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 4.104/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA Fersina - 03/30/07/2019IDENTIDADE 2944223 SSP PIASSINATURA Rony Lopes Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

PJ CORRETORA

DATA DE SEGUROS 08/08/2019NOME 30 JUL 2019

ASSINATURA

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170539260 Nº 013937110584
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 416300510 AN.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
RONES LOPES FERNANDES

CPF / CNPJ 03920748344 PLACA DEH-9960

PLACA ANT. UF CHASSI 9C2KC1670CR445100

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/BASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO VED. 2012

CAP. POT. CL. 002P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA
FAIXA 1 P/A PARCELAMENTO COTAS 2º
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 31,28 IOF (R\$) 9,03 PRÊMIO TOTAL (R\$) 90,31 DATA DE PAGAMENTO 10/5/2019

SEM RESTRICÇÕES OBSERVAÇÕES

TERESINA DATA 10/5/2019

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013937110584 BILHETE DE SEGURO DP

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSA 10/5/2019
CPF / CNPJ 03920748344 PLACA DEH-9960

RENAVAM 416300510 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO FAB. 2011 ANO VED. 09 Nº CHASSI 9C2KC1670CR445100

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 31,28 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 185,50

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE VIGÊNCIA 25/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.808/0001-04

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Ronis Lopes Fernandes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 488 680

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RONES LOPES FERNANDES Prontuário: 488680
Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES Pai:
End. Resid.: LEONEL BRIZOLÁ - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010
Nascimento: 22/10/1988 Idade: 29a10m26d Sexo: Masculino Fone: 86-99957-2521
Responsável: O MESMO CNS: 705001297819654
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO Documento: CPF: 039.207.483-44
G. Instrução: Médio Incompleto E. Civil: Solteiro(a)
End. Local: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684736 Data: 17/09/2018 17:42:34 Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim Acid. Trajeto: Sim Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V293

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: Evento Principal: Destino: Classificação:
TRAUMA MAIOR Dor intensa CIRURGIÃO GERAL Laranja
Breve História: Profissional Clas. Risco:
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ + 40MIN - RELATO DE TRAUMA EM TORAX MID. NEGA
OUTRAS QUEIXAS. (SIC) SAME - NO TORAX MID. NEGA
ECG-15 CLEBIANA MARQUES FONSECA AIRES
FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC) COREN PI 139853
Em: 17/09/2018 17:49:55

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

Paciente vítima de acidente motorcístico há 1 h. Consciente, orientado. A) w/w curva pirueta B) MV+, bilateral, 2 IRA. Espasmos de flexão. C) Estável hemodinamicamente. PA: 140X70 D) glicemia = 15, uretridose prismada. E) dor no tórax e joelho direito, dor torácica.

PA X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.:
Diagnóstico Inicial: feotus tórax fratura de costela
RAIO X REALIZADO
DATA: 17/09/2018
CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Raio x do joelho direito, Ra de tórax, Ra da perna direita, Ra do p. D.
2) Ripsina - 1 AMP + AD, EV, 616h.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento:
Procedimento: CID:
DATA: CRM-1234 HORA: : :
Assinatura Paciente ou Responsável: Assinatura - Profissional Médico:

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Anexo: 10h Gnc - pl CC conforme solicitação ortopedista CRM-PI 1471



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	223093

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome:	RONES LOPES FERNANDES			6 - Prontuário:	488680
7 - CNES:	705001297819654	8 - Nascimento:	22/10/1988	9 - Sexo:	Masculino
11 - Mãe:	URCULINA LOPES FERNANDES			CPF:	039.207.483-44
13 - Resp:	(O MESMO)			12 - Fone:	86-99957-2521
10 - Ender:	LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - CEP: 64000-010			14 - Fone:	
16 - Munic:	TERESINA	17 - Cod. IBGE:	221100	18 - UF:	PI
		19 - CEP:	64000-010		

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19 - Cod. Procd. Anterior	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
0408050497	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO
21 - Cod. Mudança Procd.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
0415030013	TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO
23 - Cód. Prim:	26 - Diagnóstico:
?	?

38 - Profissional Responsável:	40 - Tp. Documento:
AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS	CPF
39 - Data Solicitação:	40 - No. Doc. Med. Solic:
17/09/2018	819.404.243-72

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Trauma em mid com fratura exposta do pilão tibial D

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização:	48 - CNES/CPF:
	/ /	
51 - Justificativa da 'NÃO' autorização:		
	49 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	
50 - Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51 - Data Autorização:	52 - CNES/CPF:
		07/07/17
		Marcondes Martins S. Moura
		Médico Auditor - FMS - Teresina
		CPF: 128.128.128 - CNES: 17026305128000

Patrícia Viana Sales Leão
Matrícula: 021499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

Nº LAUDO: 131774

AIH: 2218101698296

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828556
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828556

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	RONES LOPES FERNANDES	22/10/1988	488680	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		URCULINA LOPES FERNANDES	RONES LOPES FERNANDES	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NÚMERO / LOTE		
	LEONEL BRIZOLA	100		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MONTÉ VERDE		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		CÓDIGO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXACAO DO TORNOZELO		0408050497	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		CÓDIGO	
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO		0415030013	
DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	S823		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Trauma em MID com fratura exposta do mto tibial D

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201360410270004	17/09/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA			
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO	
170263051200001		28/12/2018 16:47:15	





223093

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

131774

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: 223093
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONES LOPES FERNANDES			6 - Prontuário: 488680
7-CNS: 705001297819654	8-Nascimento: 22/10/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 039.207.483-44
11-Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES			12-Fone: 96-99957-2521
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Parda
15-End: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - 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:

DPVAT

602-700 0 8

PJ COORDENADOR DE SEGURANÇA

Trauma em MTD com fratura
de fêmur tibialPatricia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
RAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

21 - Condições que justificam a internação:

Tratamento Cirúrgico

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

Rt

m
pov
mct
47

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prim:

S823

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

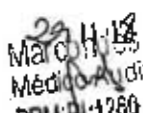
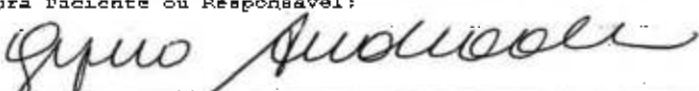
PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050497	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO	Tempo SUS 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: CPF 819.404.243-72
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANÇO MEDEIROS	34-Data Solicitação: 17/09/2018	35-Ass.Carimbo Med. (CRM): 

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNRE Empresa:	44-CHOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho): 
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: 		52-Usuário: LAYLA MORAIS	53-Consulta Local: 684736	54-Consulta SUS: Impressão: 17/09/2018 21:05:43

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 131774

AIH: 2218101698296



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TURISINA PROFESSOR ZENON RÓCHA - AIH

CNES

528850

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TURISINA PROFESSOR ZENON RÓCHA - AIH

CNES

528850

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	RONES LOPES FERNANDES	22/10/1988	M	488080
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			ERICILINA LOPES FERNANDES	RONES LOPES FERNANDES
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				000
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF
MONTE VERDE			TURISINA	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM TORAX, TRAUMA EM MÍD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

30 JUL 2018

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S82.3 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA VIBRA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

040805397 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALOLAR TRIMALOLAR DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNOMELO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO) DO CONSELHO

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

17/09/2018

ACIDENTE COM VÍCIOS DE BRANCO E DE BRONCOS

CPF: 8194042472

CRM

DATA ADMISSÃO

17/09/2018 17:50

DATA ALTA

26/09/2018 16:25

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO

PLINIA DOS SANTOS MACIEL
CPF: 227701011

CRM

EXERCÍCIO: 1704722-007

NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTRÓLE AVULSO DO ACIDENTE

CPF

Patrícia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - PI
CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Rones Lopes Fernandes

Diagnóstico pré-operatório Fratura de perna pila tibial ①

Operação - Tipo L.M.C. + Fixação externa de Toulouk ①

Cirurgião R. Aguiar

1º Assistente R. Uaiara

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação 17/09/18

Início 21:00 hr

Fim 22:10 hr

Diagnóstico Pós-operatório

→ Fratura de perna pila tibial ① + 6 hr

→ Oh = Fixação definitiva da fratura por

Relatório Imediato do Patologista

melhora de partes moles em MIO.

Acidente Durante a Operação

DPVAT

30 JUL 2018
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Patrícia Lima Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em DPA
- ② Anestesia MIO (limpo e seco)
- ③ FCK Toulouk ① ± 2,0 cm
- ④ Limpeza com SF 0,9% / Desbridamento Cirúrgico
- ⑤ Redução e fixação externa em Toulouk ①
- ⑥ Enturo (unidade) / Reforço OK MIO.

R. Aguiar
Ortopedia / Traumatologia
CR-24130-1507-113



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Rones Lopes Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Fiducia Esporte Pilo Tibial</u>	IRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>A. Aguiar Medeiros</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>A. Vitoria</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Kelma</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Joãozinho</u>			
PROLENE							

Patricia Viana Sales Leite
Matrícula: 021459
SOME - HUT
CONTENHA COM O ORIGINAL

6016N 445032 TE



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 223093
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONES LOPES FERNANDES	6 - Prontuário: 488680			
7-CNS: 705001297819654	8-Nascimento: 22/10/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 039.207.483-44	
11-Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES	12-Fone: 86-99957-2521			
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:			
15-End: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - CEP: 64000-010	16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

2-Cod.Proced.Princip. 0408050497	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO	
32-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMES		

38-Profissional Responsável: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 17/09/2018	40-Ns.Doc. Méd. Solic.: 819.404.243-72	
		41-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Fixador externo da fratura Externa de
pilo tibial D*

AUTORIZAÇÃO

5 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 2911981 Marcos S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001 52-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(LAYLA MORAIS)

Patricia Virna Sales Leão
Matricula: 027499
SAUDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



223698

No. de 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	223698

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	RONES LOPES FERNANDES			6 - Prontuário:	486680
7-CNS:	705001297819654	8-Nascimento:	22/10/1988	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	URCULINA LOPES FERNANDES			CPF:	039.207.483-44
13-Resp:	(O MESMO)			12-Fone:	86-99957-2521
15-Ender:	LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - CEP: 64000-010			14-Cor:	Parda
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*paciente com dor local e
intermitente no tornozelo
da perna direita*

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirúrgico

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

fratura e luxação

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prim:

S823

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL**

29-Clinica: **02** 30-Caráter: **Ident.: 01** 31-Docum.: **CPF** 32-Doc. Méd. Solic.: **342.177.383-15**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

DURVAL TERÇIO NUNES LEAL

34-Data Solicitação:

26/09/2018

Durval Terçio Nunes Leal
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 995 CRMMA 3636

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBCE:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Não Empregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Data: 08/10/18
48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Data: 08/10/18
() CNS () CPF		51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
		52-Data: 08/10/18
		53-Data: 08/10/18
		54-Data: 08/10/18
		55-Data: 08/10/18
		56-Data: 08/10/18
		57-Data: 08/10/18
		58-Data: 08/10/18
		59-Data: 08/10/18
		60-Data: 08/10/18
		61-Data: 08/10/18
		62-Data: 08/10/18
		63-Data: 08/10/18
		64-Data: 08/10/18
		65-Data: 08/10/18
		66-Data: 08/10/18
		67-Data: 08/10/18
		68-Data: 08/10/18
		69-Data: 08/10/18
		70-Data: 08/10/18
		71-Data: 08/10/18
		72-Data: 08/10/18
		73-Data: 08/10/18
		74-Data: 08/10/18
		75-Data: 08/10/18
		76-Data: 08/10/18
		77-Data: 08/10/18
		78-Data: 08/10/18
		79-Data: 08/10/18
		80-Data: 08/10/18
		81-Data: 08/10/18
		82-Data: 08/10/18
		83-Data: 08/10/18
		84-Data: 08/10/18
		85-Data: 08/10/18
		86-Data: 08/10/18
		87-Data: 08/10/18
		88-Data: 08/10/18
		89-Data: 08/10/18
		90-Data: 08/10/18
		91-Data: 08/10/18
		92-Data: 08/10/18
		93-Data: 08/10/18
		94-Data: 08/10/18
		95-Data: 08/10/18
		96-Data: 08/10/18
		97-Data: 08/10/18
		98-Data: 08/10/18
		99-Data: 08/10/18
		100-Data: 08/10/18

Usuário: **(ANTONIO BUREVAN)**
Consulta Local: **684736**
Consulta SUS:
Impressão: **26/09/2018 16:24:46**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 134664

AHH: 2218101702290



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - ETE

CNES

5278856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - ETE

CNES

5278856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	RONES LOPES FERNANDES	22/10/1983	M	488658
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			IRICULINA LOPES FERNANDES	RONES LOPES FERNANDES
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE
				006
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MONTE VERDE		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM TORAX. TRAUMA EM MÍD.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CM SAS ASSOCIADAS
S822 - FRACTURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA FIBULA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

9409150543 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DO PILÃO FIBULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

ACNELO SANTOS C. BILALDO MELOHROS
CPF: 81948424372

CRM:

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
26/09/2018

DATA ADMISSÃO
26/09/2018 16:25

DATA ALTA
27/09/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL - PARECER CONTROLADOR(AUTORIZADOR)
SHARLONDE MARTINS SANTOS MELO CPF: 000000000-0	Patricia Viana Sales Leão Município: 227499 SABE - HUT CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Rones Lopes Fernandes

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do fêmur direito

Operação - Tipo

Reparo + Placa + Parafusos

Cirurgião

Dr. Durval Tercio Neres Leão

1º Assistente

Dr. Durval Tercio Neres Leão

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA

2º Assistente

3º Assistente

CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

Instrumentador(a)

Dra. Cláudia

Anestesiista

Dr. Amanda

Anestesia

Rapine

Anestésico(a)

Data da Operação

26/03/18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Placa + Parafusos
Fratura do fêmur direito

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não

Patricia Lima Sales Leão
Matrícula: 627499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada sob anestesia geral + analgesia
+ antibioticoterapia profilática. Colocada
placa e parafusos no fêmur direito
+ placa e parafusos no fêmur esquerdo
+ sutura da ferida operatória + drenagem
+ curativo.

Durval Tercio Neres Leão
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA: 26 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: Carlos Lopes Fernandes

PRONTUÁRIO Nº: 4886800

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA:

Nº DA SALA: 06

CIRURGIÃO:

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA:

CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 4.5/18.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		Crepson	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Rose			
PROLENE							



NOME <u>Rones Lopes Fernandes</u>		IDADE _____ anos	DATA <u>26/09</u> /2018	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>16</u> hs <u>40</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA <u>Fratura de Tibia</u>		CIRURGIÃO _____		

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>115/57</u>	<u>118 x 68</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>91</u>	<u>121</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>107</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>---</u>	<u>---</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>---</u>	<u>Obstrução</u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Alinne</u>	<u>834740-TC</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 82% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 80%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 80%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>			
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>10</u>			

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGÁSTRICA
ml	hs	ml	hs	ml	hs
ml	hs	ml	hs	ml	hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POE de fratura de tibia; segue calma; consciente, orientado.

ANEXO REALIZADO

DATA 26/09/18

ASSINATURA _____

Dr. Patrícia Mendes Leão

Matrícula: 027299

CRP: 10156

CONFERE C. 15 C. 15

ALTA SRPA

18:40h

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MED []

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Roney Lopez Fernandez		Nº DE REGISTRO		488680	
DATA:	26/09/18	P. ARTERIAL		PULSO		TEMPERATURA	36,0
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	19,3	HEMOGLOBINEMIA	34,9%	GLICEMIA	129,000
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
APLICADO AS							
EFEITOS							
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					Roney	
	1					• Bup. pos. 18,5mg	
	2					• morfina-80mg	
	3					IV:	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	RL- 500 + 500ml				midazolam-1ml	
	400					Fentanyl 2ml	
	SANGUE 300					SEQUÊNCIA	
	200					ciprofolina-2fr	
	OUTROS 100					Bromopride-1amp	
TEMPERATURA	38	99% 99% 99%				Ondansetron-1amp	
P. ARTERIAL	200					Dexametasona-1amp	
V O	180					Roxitrolina-1amp	
PULSO	160					Dipirona-2amp	
	140					Cefepime-1fr	
	120					Eporfil-1fr	
	100						
	80						
	60						
	40						
	20						
	10						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						DURAÇÃO	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						AGENTE - ACIDENTE	
RESPIRAÇÃO							
SÍMBOLOS	15.50						
TÉCNICAS	Roney Lopez Fernandez + Sedo						
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES	Dr. Durval + Dr. Celso						
ANESTESISTAS							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
OK							
PARTICULARIDADES							

Patrícia Maria Sales Leão
Matrícula: 827499
SAME - HUT
CONF. COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 66 3216 5465

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/2022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: **488680**)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **22/10/1988** Idade: **30a1m5d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **684736**
 Requisição: **874821** Solicitação: **17/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1083575** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 17/09/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura oblíqua completa recente no maleolo medial.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5465

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/2022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223093
 Requisição: 874890 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 1083672 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 17/09/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 281.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

Patricia Pina Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Ottonio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223093
 Requisição: 874890 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 1063673 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 17/09/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

 Patrícia Viana Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES (Prontuário: 488680)**
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **22/10/1988** Idade: **30a0m8d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223093**
 Requisição: **874890** Solicitação: **17/09/2018** Solicitante: **AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS**
 Controle: **1083674** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 17/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA NO MALÉOLO MEDIAL FIXADA POR APARELHO METÁLICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

30 JUL 2019

DPVAT

Patricia Viana Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES (Prontuário: 488680)**
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **22/10/1988** Idade: **30a0m28d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223698**
 Requisição: **877541** Solicitação: **26/09/2018** Solicitante: **DURVAL TERCIO NUNES LEAL**
 Controle: **1067107** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 26/09/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal da tibia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM: 1770

Profissional Registrado

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS****30 JUL 2019****DPVAT**

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otonino Lima 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223698
 Requisição: 877541 Solicitação: 26/09/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
 Controle: 1087108 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/09/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal da tibia.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM: 12345

Profissional Responsável

**RECORRETORA
DE SEGUROS**

30 JUL 2019

DPVAT

Patricia Viana Sales Leão
 Matrícula: D27499
 SAME - HUT

CONFERE COM O ORIGINAL

Cirurgia



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

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



415

559

X

236-4

Rones Lopes fernandes

Drº Durval

PRONTUÁRIO MÉDICO

ELETCARDIOGRAMA
EXAME REALIZADO
EM 23/03/1986 HORA: 14:20
TÉCNICO:

INTERNAÇÃO E

GESTOR SAÚDE 186

Maria Hilda Alves Xavier
AUXILIAR EM ENFERMAGEM HGV

Maria da Cruz P. B. C.
AUXILIAR EM ENFERMAGEM HGV

DPVAT
30-04-1986
CORRETORA
DE SEGUROS

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/1986
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019085

EL-ORTOPEDIA

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

Atendimento:
920526

Prontuário: 415559 RONES LOPES FERNANDES

Endereço: RESIDENCIAL ZILDA ARNS QD 07 C 013 0 NOVA BRASÍLIA

Cidade: TERESINA UF:PI CEP: 64004-140

Sexo: M DT. Nasc: 22/10/1988 (Idade: 30 Anos 4 Meses 21 Dias Estado Civil: U Profissão: AUXILIAR DE PEDRE

Cadastro: 15/03/2019 Telefone: 86 9815.09300 Cartão SUS: 206730740260001 CPF: 03920748344

Pai:

Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES

Cônjuge:

Responsável: MARIA ANTONIA LOPES SARAIVA

Endereço: ZILDA ARNS 0 NOVA BRASÍLIA

Cidade: 2975 UF:PI CEP: 64004-140

Jesus

Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora: 17/07/19 :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Gestor

186214 - Aut. 14.03.19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HGV - HOSPITAL GETULIO VARGAS	2 - CNES 2726971	CÓDIGO 38984
3 - Nome do estabelecimento executante: HGV - HOSPITAL GETULIO VARGAS	4 - CNES 2726971	

Identificação do Paciente

5 - Nome.....: RONES LOPES FERNANDES	6 - Prontuário: 415559
7 - CNS.....: 206730740260001	8 - Dt. Nasc. 22/10/1988 02:00 9 - Sexo: M RG 2944223 CPF: 039.207.483-44
11 - Mãe.....: URCULINA LOPES FERNANDES	12 - Fone: 85-9.81509300 / 996572521
13 - Resp.....:	14 - Cor: PARDA
15 - End.....: RESIDENCIAL ZILDA ARNS QD 07 C 013	17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI
16 - Munic.: TERESINA	19 - CEP: 84004-140

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente operado de uma artrose de quadril com dor intensa e dificuldade de locomoção

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirúrgico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):

Exame físico e radiológico

23 - Diagnóstico Inicial: OUTRA OSTEOMIELOITE CRÔNICA	24 - Cid Princ.: M86	25 - Cid Sec.: _____	26 - Cid C.Ass.: _____
---	-----------------------------	----------------------	------------------------

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: 0408060174 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	Tempo SUS		
29 - Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	30 - Carater: Ident.: 1 31 - Documento: 1 CPF	32 - Doc. Med. Solic.:
- Nome Profissional / Assistente: DURVAL TERCIO NUNES LEAL		34 - Data da Solicitação:	

Durval Tercio Nunes Leal
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 30.614
Rég. Méd. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	43 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.			
45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: 20/03/19	
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>X Maria Antonia LOPES Saraiva</i>	Usuário: FRANCISCO ALMEIDA Consulta Local: Consulta SUS: Impressão: 16:58:07
--	---

999572521

OK Antonia / P. A. T. U.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 186214
	AIH: 2219100181760
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	CNES 2726971
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	CNES 2726971

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 206730740260061	NOME DO PACIENTE RONES LOPES FERNANDES	NASCIMENTO 22/10/1988	SEXO M	PRONTUÁRIO 415559
DOCUMENTO CPF 2944223	TELEFONE 8681309300	NOME DA MÃE URCULINA LOPES FERNANDES	RESPONSÁVEL MARIA ANTONIA LOPES SARATVA	
CPF 64004140	ENDEREÇO - LOGRADOURO QUADRA T		NUMERO / LOTE 06	
BAIRRO LEONEL BRIZOLA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSO NA TÍBIA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL M866 - OÚTRA OSTEOMIELITE CRONICA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408060174 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCELO DA MAO E DO PE

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARATER ELETIVO	DATA SOLICITAÇÃO 14/03/2019	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) DIVALDO TERCIO MENEZES LEAL CPF: 34217738315 CRM:
DATA ADMISSÃO 15/03/2019 13:45	DATA ALTA 17/03/2019 12:30	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) PLINIO DOS SANTOS MACEDO CPF: 22758104313 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR AVALIAÇÃO / AUDITORIA CARIMBO:  DATA ANÁLISE: 14/03/2019 11:28:11
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

Nº LAUDO: 186214
AIH: 2219100181768

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV

CNES

2726971

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV

CNES

2726971

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

2067307402600H RONES LOPES FERNANDES

NASCIMENTO

22/10/1988

PRONTUÁRIO

415559

SEXO

M

DOCUMENTO
RG

2944223

TELEFONE

8681509300

NOME DA MÃE

URCULINA LOPES FERNANDES

RESPONSÁVEL

MARIA ANTONIA LOPES SARAIVA

CEP

64004140

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

QUADRA T

NUMERO / LOTE

06

BAIRRO

LEONEL BRIZOLA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408060174

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

CÓDIGO

0408060174

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO C CIRURGIAS MÚLTIPLAS

CÓDIGO

0415010012

DIAGNÓSTICO INICIAL

DEFETO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

CID 10 PRINCIPAL

M840

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

0802010016 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO COM PERNOITE QTD.: 2

0302040013 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS QTD.: 1

0302060022 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROCINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS QTD.: 1

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente submetido a: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA METAFISE TIBIAL: 0408050870 CID: M840.
Reconstrução ligamentar do tornozelo: 0408050144 CID: S932

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FRANCISCO FABIO SOUSA SILVESTRE

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

265833869120002

DATA SOLICITAÇÃO

16/03/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PLINIO DOS SANTOS MACEDO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

170416319050008

14/03/2019 01:28:17

Carimbo Profissional Plínio
Assessor de Atendimento
CRM-PI 1433 CPF 146.503.074-04
CNS 20200000000000000000

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Pig # LEITO: 236-4 PRONTUÁRIO: 435559

NOME: Roz Lopez Fernandes DATA DE NASC.: 1/1

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: pseudotumor testis + lesão do testículo

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

Dr. Fco Fábio S. Silvestre
Ortopedia Geral
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PI 2833

CIRURGIA: Pseudotumor Testis Nº SALA: 391

CIRURGIÃO: Dr. Glaucio CRM-PI: _____

AUXILIARES: 1º Dr. Fco 2º _____

INSTRUMENTADORA: Regimiere CIRCULANTE: Fátima

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: paciente em decúbito dorsal sob

regime de 1 a 2 graus e 1/2, com
incisão medial testis (pseudotumor testis
lesão do testículo) sendo realizado
curativo

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

Dr. Fco Fábio S. Silvestre
Ortopedia Geral
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PI 2833

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: pseudotumor testis + lesão do testículo

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

DATA: 16/03/19 HORA: _____

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

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



BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Ping III LEITO: 236-4 PRONTUÁRIO: 415559

NOME: Rony Lopes Fernandes DATA DE NASC.: 10/01/1984

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Prontidão para + lesão do deltóide

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

Dr. Fábio S. Silvestre
Ortopedia Geral
CRM-PI 2833

CIRURGIA: Lesão do deltóide Nº SALA: 19

CIRURGIÃO: Dr. Fábio CRM-PI: _____

AUXILIARES: 1º Dr. Glauson 2º _____

INSTRUMENTADORA Regina CIRCULANTE: Fátima

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Prontidão para + lesão do deltóide

Argumentar a lesão para + lesão do deltóide
prontidão para + lesão do deltóide
do deltóide, homotrans, sutura por placa

Dr. Fábio S. Silvestre
Ortopedia Geral
CRM-PI 2833

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Prontidão para + lesão do deltóide

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

Dr. Glauson
Ortopedia Traumatologia
CRM-PI 2751 / FORT 10104

DATA: 16/03/19 HORA: _____ CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

Paciente: 415559 - RONES LOPES FERNANDES

Idade: 30

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Conselho / Número Cons.: CRM 1995

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 920526

Leito: CL CIR ENF-236 L-04

Admissão: 15/03/2019 13:45

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 760558 (FECHADO)

Responsável: VERA LUCIA DE SOUSA SILVA - COREN
324298 / ENFERMAGEMData de Referência: 17/03/2019
Data/Hora do Documento: 17/03/2019 11:22

PACIENTE EVOLUINDO NO 1º DPO RETIRADA DE PLACA EM MID. CONSCIENTE, FASICO, AFEBRIL, RECEPTIVA, AO DIÁLOGO EUPNEICO RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM OPORTE O2. FO COM CURATIVO OCLUSIVO DE APECTO LIMPO, COM ACESSO EM MSE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICA PRESENTE ESPONTANEAMENTE. SEGUE SOB CUIDADOS DA EQUIPE.

VERA LUCIA DE SOUSA SILVA
COREN 324298



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

Unidade: H. Mat. Satélite
Nome: RONES LOPES FERNANDES
Data do exame: 04/02/2019

Id Paciente: 276786
Data do laudo: 07-02-2019

Relato X de Tornozelo Direito

Mínima desmineralização dos elementos ósseos visualizados.
Espaço articular conservado.
Partes moles sem alterações radiológicas.
Presença de placa e parafusos metálicos na tíbia direita.
Imagens arredondadas hipertransparentes na tíbia direita e no calcâneo secundárias a cirurgia prévia.

Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro
Médico Radiologista
CRM-PI: 805



SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Atendimento:
920526

Paciente: RONES LOPES FERNANDES		Idade: 30 Anos 4 Meses 21 Dias		Sexo: M	Prontuário: 415559
Endereço: RESIDENCIAL ZILDA ARNS QD 07 C 013		Número: 0	Bairro: NOVA BRASILIA	Cidade: TERESINA	
UF: PI	DT. Nasc: 22/10/1988	Profissão: AUXILIAR DE PEDREIRO (SEI)	Telefone: 86 - 9815.09300	CPF: 039.207.483-44	Cartão SUS: 206730740260001

Internação: 15/03/2019	Alta 17/03/19 às 12:30	Permanência:
-------------------------------	--------------------------------------	--------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: ☒ M ☒ 8 ☒ 6 ☒ 6	<i>Dee no prenu</i>
CID Secundário: ☐ ☐ ☐ ☐	
CID Causa Morte: ☐ ☐ ☐ ☐	

Evolução e Situação na Alta: *Alta em 17/03/19*

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: *16/03/19* Tipo: *Dutunodo do aparelho de Sintas*

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: *acompanhamento Ambulatorial*

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☒ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:
Vaga cedida por:
Transporte:

Nome:	<i>Aquiles Nogueira</i> Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente CLÍNICA MÉDICA CRM-PI 5609
-------	---

CLINIMAGEM

Data: 13/02/2019

medicina diagnostica avançada

Nome do Paciente: RONES LOPES FERNANDES

Código
266537

Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame: RX TORNOZELO DIREITO 02 INC

- Parafusos e placa metálica na porção distal tibial.

- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Parafusos e placa metálica na porção distal tibial.



CAMILA TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 4200 PI

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / ☎ 9432-3070
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / ☎ 98876-2015
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / ☎ 98876-2015
Teresina-Piauí



AUGUSTOS

MEDICINA DIAGNÓSTICA

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES**
Sexo: **MASC**
Convênio: **MOBDOC(SOLUMEDI)**
Solicitante: **Dr. DENISE M FREIRE**
Idade: **30 anos**
Código: **153911.01**
Data: **26/03/2019 14:11:00**

RAIO X DO TORNOZELO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra.

- Sinais de manipulação cirúrgica prévia na diáfise distal da tibia.
- Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas.
- Não evidenciamos traço de fratura desalinhada.
- Espaços articulares preservados.
- Calcificação em partes moles adjacente a diáfise distal da tibia, em seu aspecto lateral.

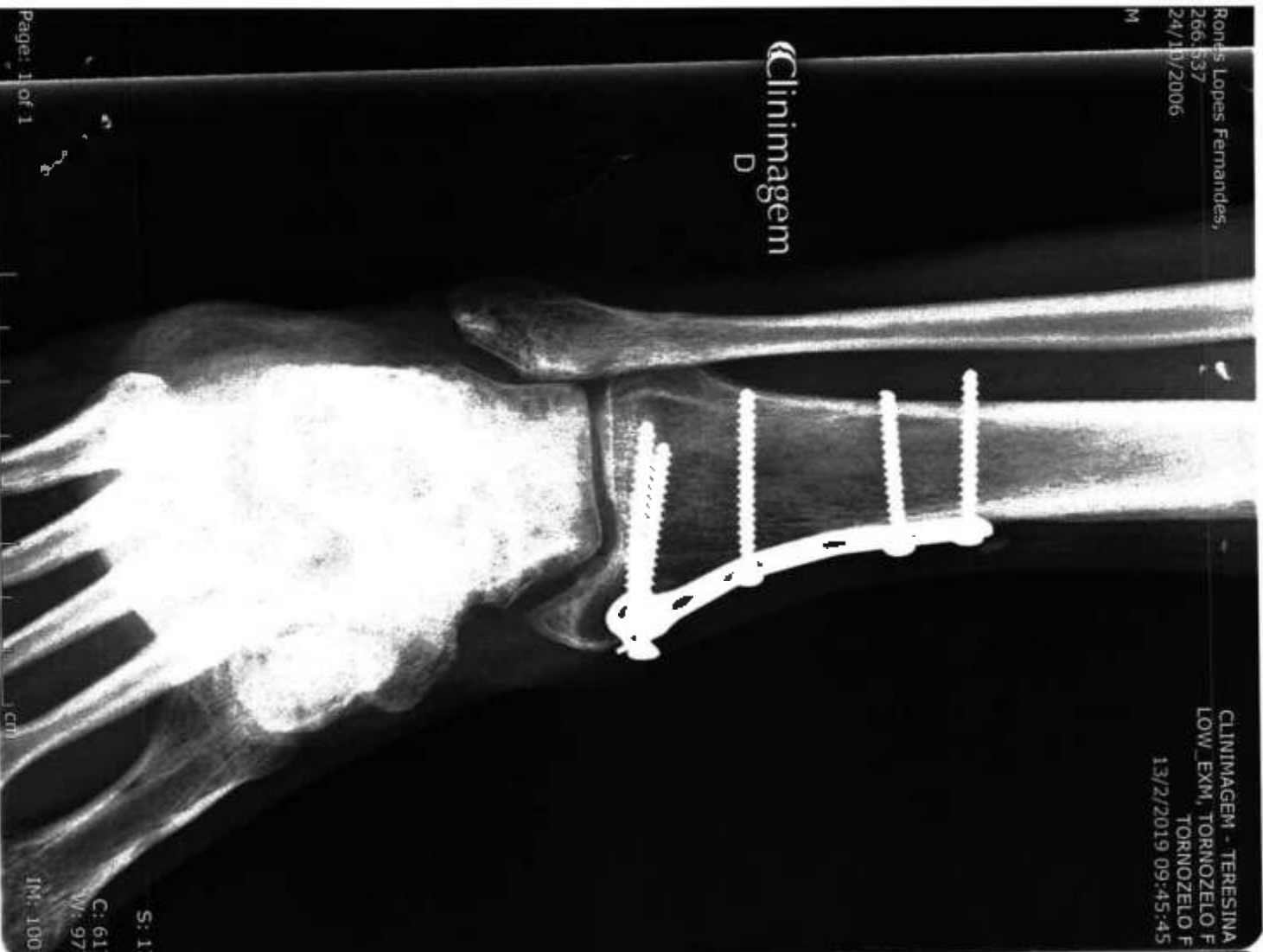
CONCLUSÃO:

- Sinais de manipulação cirúrgica prévia na diáfise distal da tibia.
- Osteopenia.
- Calcificação em partes moles adjacente a diáfise distal da tibia, em seu aspecto lateral.

DPVAT
30 JUL 2019
PJ CORRETORA
DE SEGUROS


DR. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JÚNIOR
CRM 2854

Clinimagem
D



CLINIMAGEM - TERESINA
LOW_EXM, TORNOZELO F
TORNOZELO F
13/2/2019 09:45:45

S: 17

C: 617

W: 977

IM: 1001



CLINIMAGEM - TERESINA
LOW_EXM, TORNOZELO F
TORNOZELO P
13/2/2019 09:45:46

S: 12

C: 617

W: 977

IM: 1002



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Av. Frei Serafin, 2352-Centro
CEP:64.001-000 Teresina-PI,
CNPJ:06.553.564/0104-43



PI CORRETORES
DE SEGUROS

RECEITUÁRIO

Nome: Rony Lopes Fernandes

Data de Nascimento: 1/1/1

paciente vítima de
acidente auto colante
com fratura fechada
do tornozelo direito
e foi submetido a
torturação cirúrgica,
apresentando sinais de
dor e lesão funcional
insuficiente no tornozelo

0804 209

Data:

MOD. 60-HGV

Médico (assinatura e carimbo)

Durval Fereis Nemes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

Durval Fereis Nemes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 RONEZ LOPES FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / CPF EMISSOR
 2944223 SSP PI

CPF
 039.207.483-44

DATA NASCIMENTO
 22/10/1988

FLACÃO
 URCULINA LOPES FERNANDES

PERMISSÃO
 AB

ACC
 AB

CAT. PAR
 AB

Nº REGISTRO
 05991999101

VALIDADE
 30/03/2022

1ª HABILITAÇÃO
 23/01/2018

OBSERVAÇÕES

Ronez Lopes Fernandes
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
 23/01/2018

67064937341
 F1320730134

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1751617350

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1751617350

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT



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 2 - Feminino 3 - Ignorado
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta		5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	1 - Abertura ocular 2 - Espontânea 3 - À voz 4 - À dor 5 - Nenhuma		24 Pulso Resp. PA TAX. SatO2		25 Local da lesão
Hospital de Destino	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente		27 Pulso Radial Central 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não		35 Observações Interdisciplinares
35 Observações Interdisciplinares 36 Responsável pela recepção 37 Socorristas Médico 38 Enfermeiro 39 Condutor					



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sêde B-T
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 011111119

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	21-04-2019	195	181,36

RONES LOPES FERNANDES
VILA LEONEL BRIZOLA, QD-T, CS-06 SAN MONTE VERDE
CPF: 039.207.483-44
CEP: 64012-125 TERESINA - PI

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	3765	Atual	14/09/2019
Anterior	8570	Anterior	14/03/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	16/05/2019
Consumo Medido	195	Emissão	13/09/2019
Consumo Faturado	195	Apresentação	14/09/2019
NORMA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000608/2018-24

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: **Haroldo Bonfim De Oliveira**

Data/Hora: 08/10/2018 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

TERESINA

Endereço

RUA QUINTINO BOCAIUVA COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

17/09/2018 - 16:45

Bairro

MAFUÁ

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **RONES LOPES FERNANDES**

RG: 2844223 PI

Mãe: URÇULINA LOPES FERNANDES

Endereço: VILA LEONEL BRIZOLA, QD-T, CS-06, Nº

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

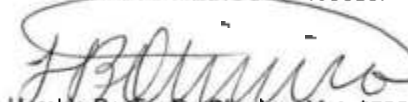
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

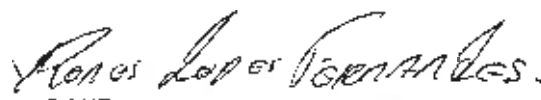
Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

À VÍTIMA NOTICIANTE, RONES LOPES FERNANDES, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA ALCIDES FREITAS, SENTIDO LESTE OESTE, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN, COR VERMELHA, PLACA OEH-9980, TERESINA PI, RENAVAM 00416300510, PROPRIEDADE DA VÍTIMA; QUANDO INVADIU A PREFERENCIAL E VEIO A SER COLIDIDO POR VW/COMBI, COR BRANCA, PLACA NIB-9302, CONDUZIDO POR RONIEL E VEIO A CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, Nº DE CHAMADA 2569 E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 488680.


Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA


RONES LOPES FERNANDES - Noticiante
Responsável pela Informação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

039.207.483-44

RONES LOPES FERNANDES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

RONES LOPES FERNANDES

039.207.483-44

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

ADJUNTO - PEDREIRO VILA LEONAR BEZERRA QD-T 15-06 SIN

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

MONTE VERDE

TERESINA

PI

64012-125

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

86 99585 5915

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAL
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3436

CONTA:

00005805

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital ou qualquer outro meio eletrônico

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

TERESINA - PI, 30/07/2019

* RONES LOPES FERNANDES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BU CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

039.207.483-44

RONES LOPES FERNANDES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

RONES LOPES FERNANDES

039.207.483-44

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

ADJUNTO - PEDREIRO VILA LEONAR BEZERRA QD-T 15-06 SIN

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

MONTE VERDE

TERESINA

PI

64012-125

86 99585 5915

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAL
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3436

CONTA:

00005805

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

31

Impressão digital ou assinatura manuscrita

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

TERESINA - PI, 30/07/2019

* RONES LOPES FERNANDES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BU CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190454027

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONES LOPES FERNANDES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Recebedor: **RONES LOPES FERNANDES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **3436**

Conta: **000005805-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190454027

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONES LOPES FERNANDES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONES LOPES FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000005805-0

Nr. da Autenticação 74C46727ED66341C

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406667/18

Número do Sinistro: 3180526416

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

CPF: 039.207.483-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: RONES LOPES
FERNANDES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Outros



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/01/2019
Nome: RONES LOPES FERNANDES
CPF: 039.207.483-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

RONES LOPES FERNANDES

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180526416

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

Data do Acidente: 17/09/2018

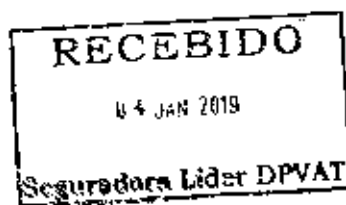
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONES LOPES FERNANDES

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

Documentação médico-hospitalar



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT-Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

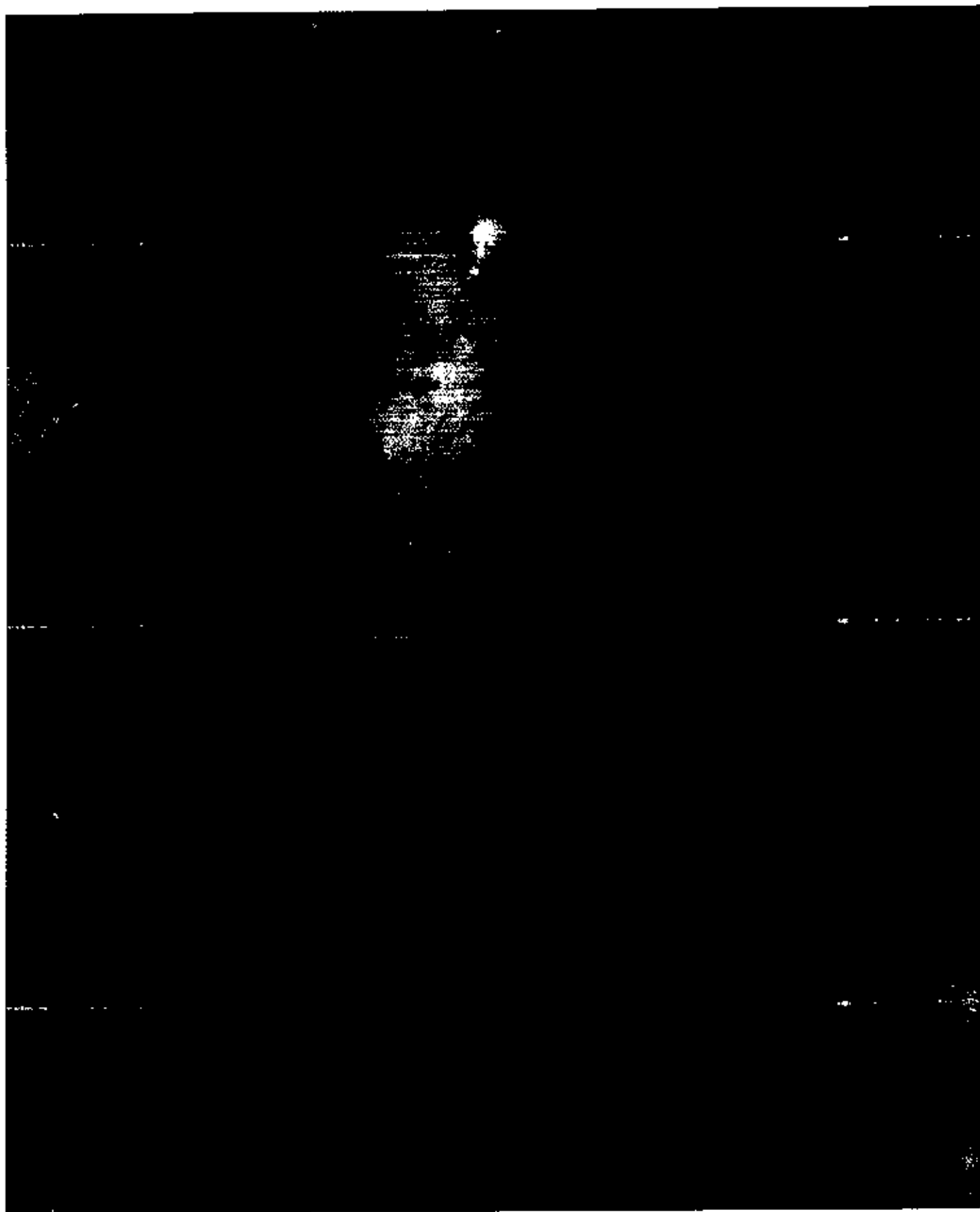
RONES LOPES FERNANDES
RESIDENCIAL ZILDA ARNS, SN CASA 13 QD 07
NOVA BRASÍLIA
CEP 64004-140 - TERESINA - PI

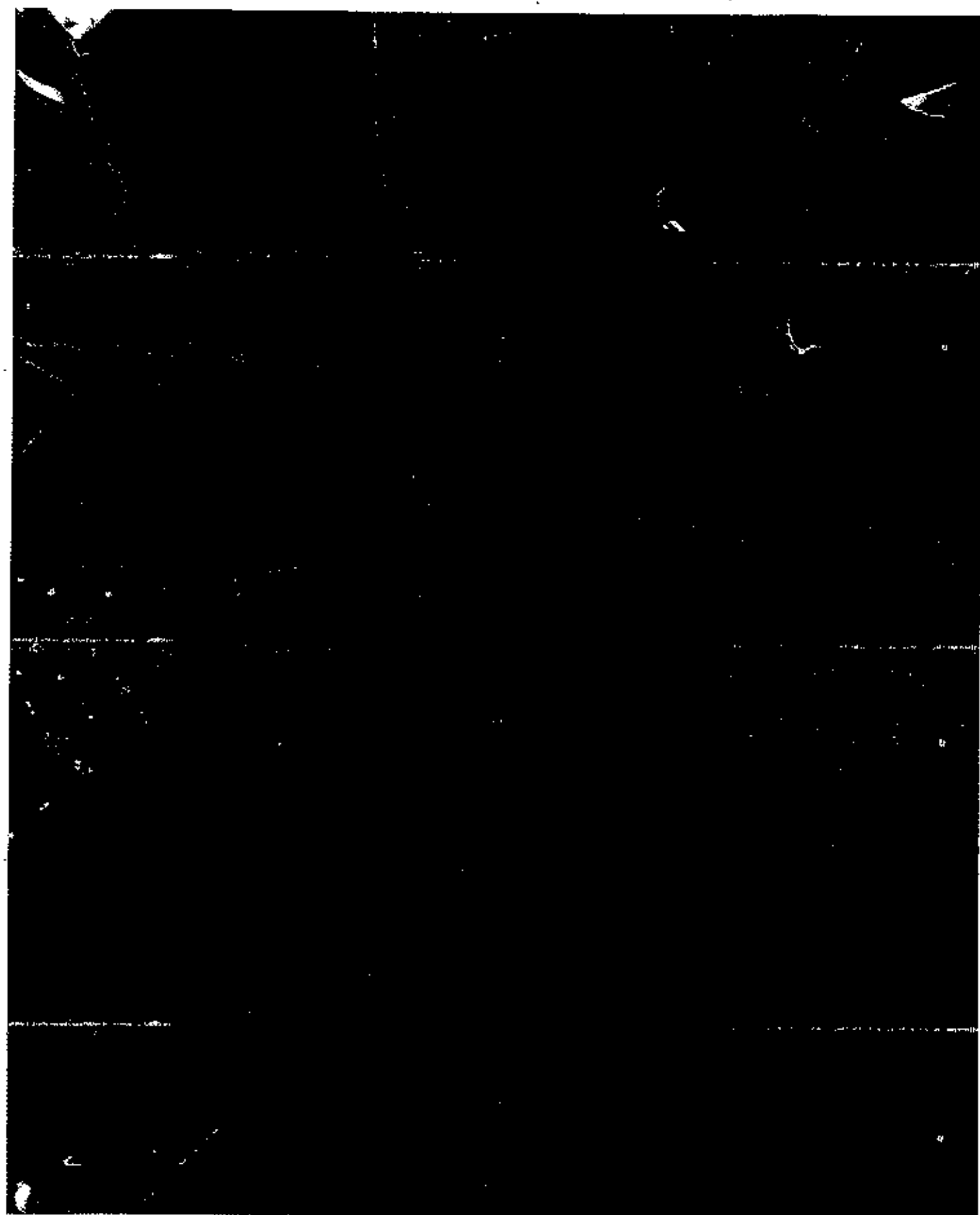
Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

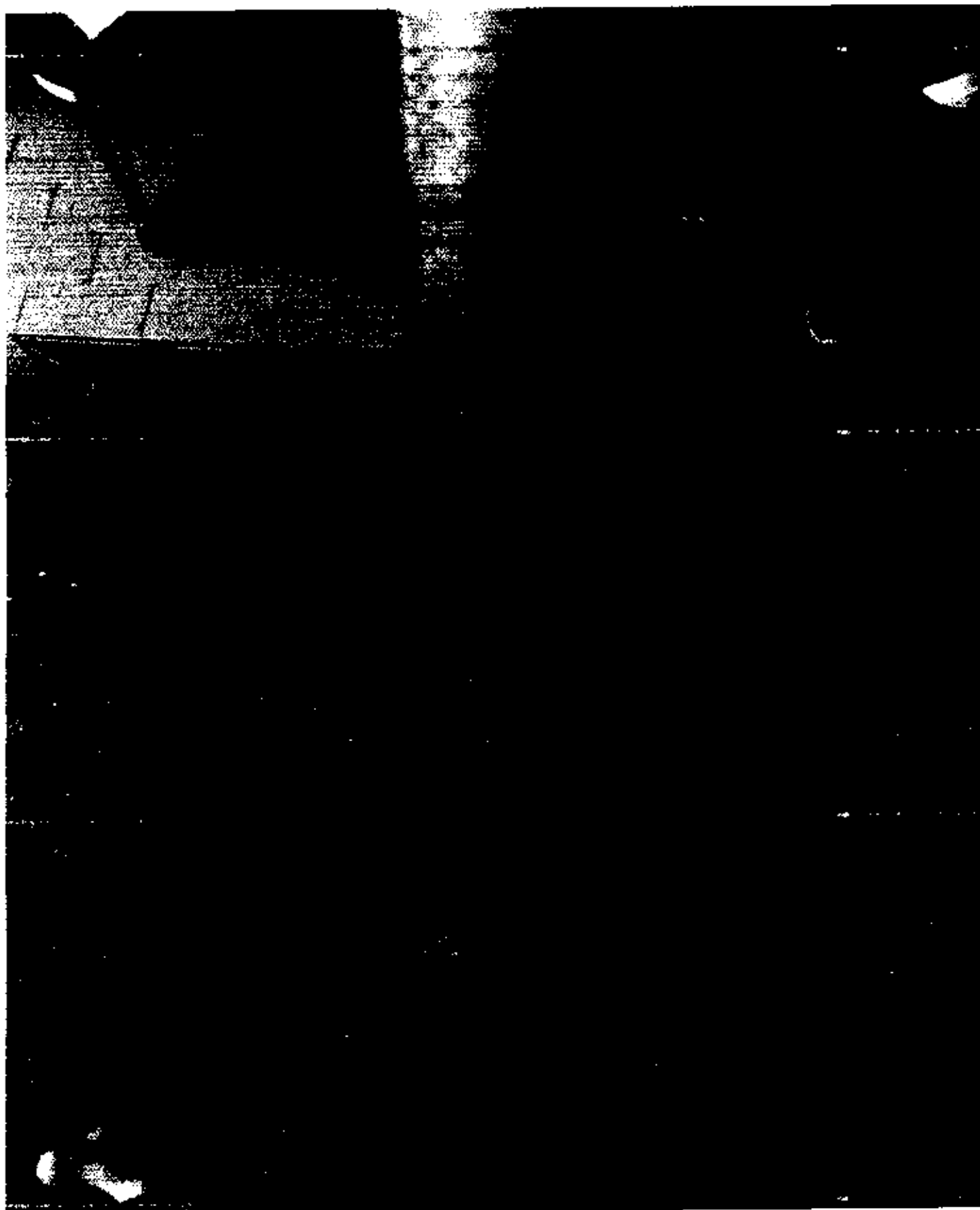


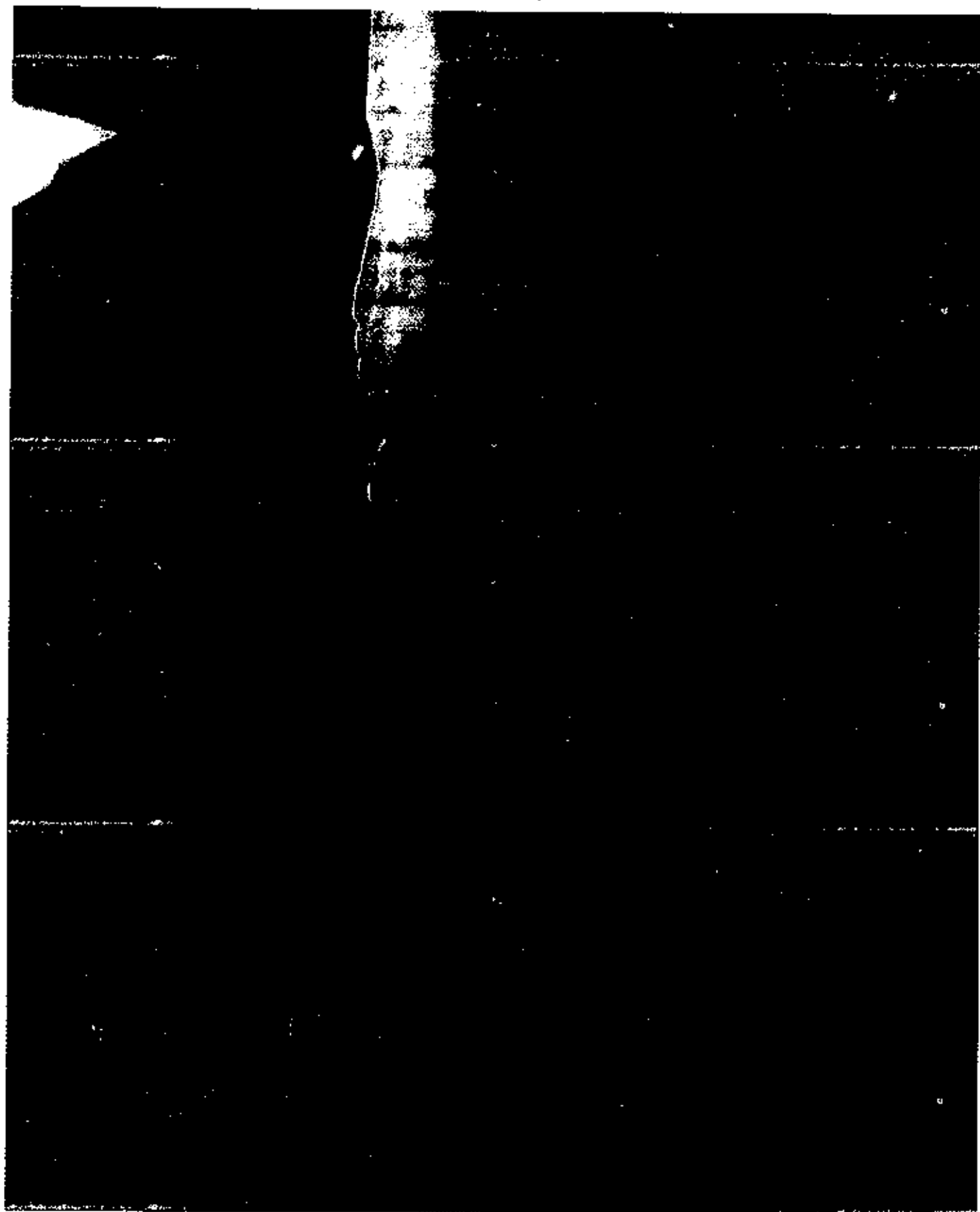
3229.3945
9.9824.5724
+ 9.8885.2863
Aberto no Office
Analisar Data











PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406667/18

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

CPF: 039.207.483-44

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: RONES LOPES
FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

RONES LOPES FERNANDES : 039.207.483-44

Autorização de pagamento
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 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: 08/11/2018
Nome: RONES LOPES FERNANDES
CPF: 039.207.483-44

RONES LOPES FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

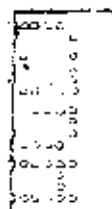
Data do cadastramento: 08/11/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

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



ANEXO DIRETO



Rones Lopes Fernandes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

2.944.223

DATA DE
EXPEDIÇÃO

24/10/06

NOME

RONES LOPES FERNANDES

FILIAÇÃO

URÇULINA LOPES FERNANDES

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

VITORINO FREIRE-MA
DOC. ORDEM

22/10/1988

CERT. NASC. 200649 L A239 F 488

CP EXP TERESINA-PI 02/06/92

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

Documentos de identificação



330 00 31 00



Emissão

CORREIOS

CPF

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

2.944.223-49

Nome

RONES LOPES FERNANDES

Nascimento

22/10/1988

9.
9.



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

Pag: 1 de 1

Identificação do Laudo:

Código: 100102	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 06/10/2018	Remeter para: O mesmo (a)	Data Exame: 17/10/2018	Hora Exame: 09:21
Local Exame: I.M.L.			Emissão do Laudo: 17/10/2018 09:21:39

Identificação do Periciando:

Código: 93809	Nome: RONES LOPES FERNANDES	Nacionalidade: Brasileira	Cor: PARDAS
DT. Cadastro: 17/10/2018	Endereço: QD- T. C -06. - MONTE VERDE - TERESINA - PI	Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO	
Mãe: URÇULINA LOPES FERNANDES	País: NÃO DECLARADO	Registro Nascimento:	
CPF:	RG: 2.944.223-SSP-PI	Nascimento: 22/10/1988	Idade (anos): 30
Sexo: M	Estado Civil: Solteiro(a)		

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando orientado auto e alo psiquicamente para a idade, relata que fora vítima de acidente de trânsito no dia 17 de Setembro de 2018, com trauma no tornozelo direito. **DESCRIÇÃO:** Apresenta um ferimento suturado na região medial do tornozelo esquerdo compatível com cirurgia ortopédica. Não apresentou radiografia que comprovem fraturas ou osteossíntese. Apresentou uma cópia do prontuário médico do Hospital de Urgências de Teresina que revelou fratura de tibia distal. **DISCUSSÃO:** Traumatismo em tornozelo esquerdo com fratura de tibia distal compatível com acidente de trânsito. Caracterizada incapacidade acima de 30 dias. Ainda não é possível avaliar sequelas devido ao fato estar recente. **CONCLUSÃO:** Fratura de tibia distal por acidente de trânsito. **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.: A depender de exame complementar após alta médica 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-DRET	
CARTÓRIO	
Certifico que a presente cópia corresponde ao original. O referido é verdadeiro e fidedigno.	
Teresina(PI), 31/10/2018	
Assinatura de	Assinatura de
Matrícula:	Matrícula:

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RONCS LOPES FERNANDES
 DATA DO ACIDENTE 12/09/2018 CPF DA VÍTIMA 039.207.483-44
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO RONCS LOPES FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VI VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É RONCS LOPES FERNANDES
 ENDEREÇO DO PORTADOR RS. DRA. ZILDA ARNS. Q.07 CASA 13
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO NOVA BRASÍLIA
 CIDADE TORESINA UF PI CEP 64.004-140
 E-MAIL _____ TELEFONE (86) 99957-2521

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/10/2018

IDENTIDADE 2.944.223-PI

ASSINATURA RONCS LOPES FERNANDES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 31/10/2018 CONTR. CORREIOS 33722000

NOME Fernando de S. P. de S. P.

ASSINATURA Fernando de S. P. de S. P.

Nº 33722000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.944.223 DATA DE 24/10/06
 NOME RONES LOPES FERNANDES
 PRACÇÃO

URCULTNA LOPES FERNANDES

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 22/10/1988

VITORINO FREIRE-MA

CERT. NASC. 200649 L A239 F 488

EXP. TERESINA-PI 02/06/92

TERESINA, N

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.115 DE 20.04.83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JONÓ DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular: *Rones Lopes Fernandes*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Documentação médica - hospitalar



NOME DO PACIENTE:

Rônes Lopes Fernandes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

488680

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otlo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: RONES LOPES FERNANDES		Prontuário: 488680	
Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES	Pai:		
End. Resid.: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 22/10/1988	Idade: 29a10m26d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99957-2521
Responsável: O MESMO	CNS: 705001297819654		
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO	Documento: CPF: 039.207.483-44		
G. Instrução: Médio Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684736	Data: 17/09/2018 17:42:34	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário: V299		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIAO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO HÁ + 40MIN. RELATO DE TRAUMA EM TORAX, MID. NESA OUTRAS QUEIXAS. (STC) ECG-15 PRATA USO DE CAPACETE. (STC)		Profissional Clas. Risco: CLEDIANA MANDUELO ARAUJO COREN PI 138333 Em: 17/09/2018 17:44:59	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: _____)

Paciente vítima de acidente de trânsito há 1 h. Consciente, orientado. A) WOB ausente. B) MPO bilateral. C) RA. Exame físico: C) Estável hemodinamicamente. PA: 140x70. D) Glasgow = 15, reatividade preservada. E) dor na caixa e joelho direito, dor torácica.

RAIO-X REALIZADODATA: **17/09/2018**Técnico: **---**

Clique

PA ☒ X ☐ mHgPulso: **---**FC: **---**

Diagnóstico Inicial

lesões típicas de trauma I graus**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

- ① Raxo L e joelho direito, Raxo torácica, Raxo da perna direita, Raxo do pé D.
② Raxo da cabeça - LAMP + AD, EV, 616h.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Luz Antônio

Cirurgião de Sistema

Savino Leão

DATA: **17/09/2018**HORA: **---**

Se Internação, indique o Procedimento

Procedimento

CID

Dr. Patrício M. Figueiredo Cruz
Médico
CRM-PI 6712

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Em 20:10h Enc. de CC conforme solicitação ortopedista CRM-PI 147

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otlo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Imp: 17/09/2018 17:50:14

(CELESTANA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: RONES LOPES FERNANDES		Prontuário: 488680
Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES	Pai:	
End.Resid.: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/10/1988	Idade: 29a10m26d	Sexo: Masculino Fone: 86-99857-2521
Responsável: O MESMO	CNS: 705001297819654	
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO	Documento: CPF: 039.207.483-44	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684736	Data: 17/09/2018 17:42:34	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S S S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

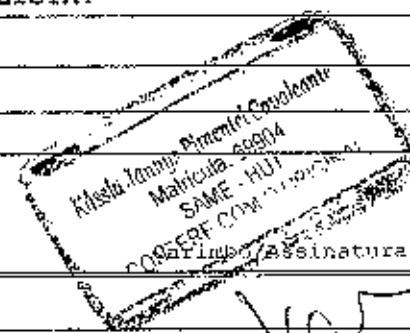
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



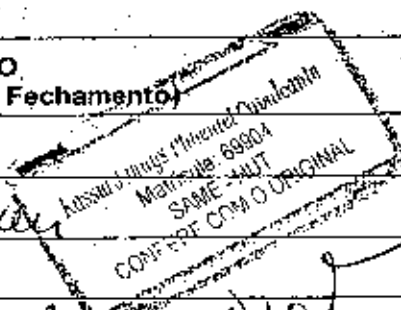


RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Rones Lopes Fernandes</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura exposta piló tibial (D)</u>		
Operação - Tipo <u>L.M.C. + Fixação externa de Toulouk (D)</u>		
Cirurgião <u>R. Aguiar</u>	1º Assistente <u>R. Uaiava</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>17/09/18</u>	Início <u>21:00 hr</u>	Fim <u>22:10 hr</u>
Diagnóstico Pós-operatório <u>→ Fratura exposta piló tibial (D) (+) 6 hr</u> <u>→ OIR - Fixação definitiva da fratura após</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>melhora de partes moles em raio.</u>		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em D.O.H
- ② Anestesia raio / campo esteril
- ③ FCC Toulouk (D) ± 2,0 cm
- ④ Limpeza com SF 2,9% / Desbridamento cirúrgico
- ⑤ Redução e fixação externa em Toulouk (D)
- ⑥ Enturo / Curativo / Perfuro OK raio.



Dr. Aguiar, Supervisor de Anestesia
Cirurgião / Anestesiologista
CRM: 41.324 / RDT: 13.134

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

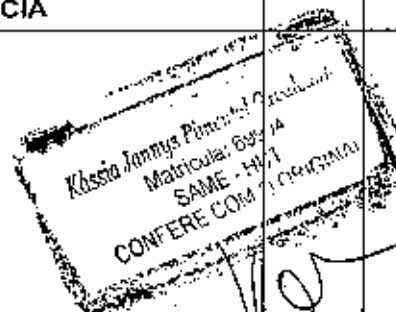
DATA 17 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Rones Lopes Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura Exposta do 1º Metacarpo</u>	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>A. Aguiar Medeiros</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>A. Vitoria</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Melina</u>	CPF Nº: _____

Dr. Aguiar Medeiros, F. B. Medeiros
 Cirurgião / Traumatologia
 CRM 3240 / 11991

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº <u>2.0</u>		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: _____			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Francisco</u>			
PROLENE				<u>WAGNER LUIS S32 TE</u>			



PRESCRIÇÃO MÉDICA

43

[illegible]

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

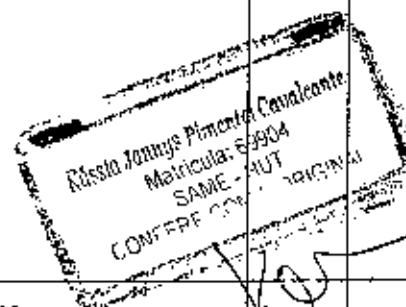
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Ronny Lopes Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>488680</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Daniel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dra. Amanda</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Dra. Brayda</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5 18.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Crepon</u>	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Rose</u>			
PROLENE							





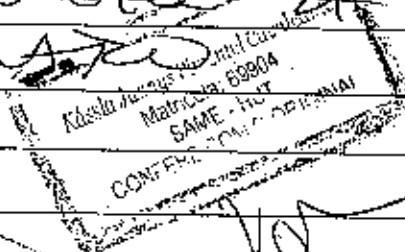
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Rones Lopes Fernandes		
Diagnóstico pré-operatório Fratura do 1º MP III		
Operação - Tipo Redução + Placa e parafusos		
Cirurgião Dr. [assinatura]	1º Assistente Dr. [assinatura]	2º Assistente Dr. [assinatura]
3º Assistente		Dr. Tercio Naves Leal ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 CRM-MA 3636
Instrumentador(a) Dr. Claydes	Anestesista Dr. Amanda	Anestesia Rapine
Data da Operação 26/08/18		
Início		Fim
Diagnóstico Pós-operatório Placa e parafusos no 1º MP III		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação NA		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Tratado sob anestesia geral, com redução da fratura do 1º MP III com placa e parafusos. A fratura estava deslocada e fragmentada. Foi realizada a redução e fixação com placa e parafusos. A fratura estava deslocada e fragmentada. Foi realizada a redução e fixação com placa e parafusos.

Dr. Tercio Naves Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636





Alton



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE:

Renes Lopes Fernandes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

488680

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Av. Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.517/0022 02

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	RONES LOPES FERNANDES			Prontuário:	488580
Mãe:	URCULINA LOPES FERNANDES			Fai:	
End. Resid.:	LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	22/10/1988	Idade:	29a10m25d	Sexo:	Masculino
Responsável:	O MESMO			CNS:	705001197819054
Profissão:	AJUDANTE DO FERRIEIRO			Documento:	CPF: 039.207.483-44
G. Instrução:	Médio Incompleto			E. Civil:	solteiro(a)
End. Local:					

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	684736	Data:	17/09/2018 17:42:34	Condução:	AMBUULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)				Convênio:	SUS	
Acid. Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	CIRURGIA GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO NA - 10MIN. RELATO DE TRAUMA DE CAXA MIO. MEGA OUTRAS QUEIXAS: (N/C) SUS-15 PARA USO DE CAXETE. (STC)	CLEBIANA MARQUES RIBEIRO ALMEIDA COREN P. 138633 Em: 17/09/2018 17:43:59		

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: _____ : _____)

Paciente vítima de acidente por colisão há 1 h. Consciente, orientado. A) Wound area pequena. B) Membro bilateral SIRA. Responsável preservado. C) Cateter hemodinâmico central 140x70 @ Glasgow = 15, membros preservados. D) Dor na axila e joelho direito, dor traço.

RAIO-X REALIZADO

DATA 17/09/2018

PA: _____ X _____ TPR: _____ Pulso: _____ FC: _____

Diagnóstico Inicial: *lesão traumática I de 1º grau*

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) RAO de joelho direito, RAO de tórax, RAO de perna direita, RAO de pé D.
- 2) RAO de - LAMP + AD, 6h, 6h.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

LAZ. Anterior
Código do Sistema: 00
Data: 17/09/2018

Se Interrupção, indique o Procedimento

Procedimento: _____

Dr. Patrícia M. Figueiredo Cruz
Médica
CRM-PI 6712

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otacário Tito 1020 - Redenção - Fone: 96 3219 3445

TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.822.917/0002-02

18/09/18
e-340

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

IMP: 17/09/2018 17:42:34

CLASSE: A

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RONES LOPES FERNANDES		Prontuário: 488680	
Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES		Pai:	
End. Resid.: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64030-010			
Nascimento: 22/10/1988	Idade: 29a10m26d	Sexo: Masculino	Fone: 96-99957 2521
Responsável: O MESMO		CNS: 705301297819654	
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: 039.307.483-40	
G. Instrução: Médio Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 584736	Data: 17/09/2018 17:42:34	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Dados do Chamado	01 N° do chamado <u>2569</u>	02 Data do chamado <u>17.09.2018</u>	03 PRO (código) <u>7393</u>	04 Saída do PA <u>16.52</u>	05 Chegada ao local <u>17.02</u>
	06 Saída do local <u>17.19</u>	07 Chegada ao 1° Hospital <u>17.40</u>	08 Saída do 1° Hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço <u>rua Quintino Bocaiuva / Aldeia Forte</u>				
	11 Bairro <u>rua</u>	12 Município-UF <u>Ferreira - RJ</u>			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência <u>rua do mercado</u>				
	14 Nome <u>Rene Lopes Ferreira</u>				15 Sexo ☒ 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 9 - Ignorado
	16 Idade <u>29</u>	1 - Dia ☒ 2 - Mês ☐ 3 - Ano ☐ 9 - Ignorado		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	☐ 01 - Acidente de transporte ☐ 05 - Tentativa de suicídio ☐ 11 - Queda ☐ 16 - Outros ☐ 02 - Agressão física-espantamento ☐ 07 - Envenenamento ☐ 12 - Urgência clínica ☐ 03 - Agressão física-FAF ☐ 08 - Afogamento ☐ 13 - Urgência obstétrica ☐ 04 - Agressão física-FAB ☐ 09 - Queimadura ☐ 14 - Transferência ☐ 17 - Já removido ☐ 05 - Urgência psiquiátrica ☐ 10 - Choque elétrico ☐ 15 - Exames complementares ☐ 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima ☒		20 Meio de locomoção ☒		21 Outra parte envolvida ☐
	☐ 1 - Pedestre ☐ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado	☐ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta	☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado	☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta	☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow = <u>13</u>		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR ☐ 4 - Espontânea ☒ 5 - A voz ☐ 2 - A dor ☐ 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL ☐ 5 - Orientada ☐ 4 - Confusa ☐ 3 - Palavras inapropriadas ☐ 2 - Palavras incompreensíveis ☐ 1 - Nenhuma		☐ 6 - Obedece a comandos ☐ 5 - Localiza dor ☐ 4 - Movimento de retirada ☐ 3 - Flexão anormal ☐ 2 - Extensão anormal ☐ 1 - Nenhum
	26 Pupilas ☐ ☐ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☐ Central ☐ ☐ 1 - Cheio ☐ 2 - Fino ☐ 3 - Ausente		28 Sangramento ☐ moderado ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não
Assistência	29 Dor <u>10</u>				
	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
Hospital de Destino	30 Fratura ☐ 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☒ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
	☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica		☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b)		
Observações Interdisciplinares	32 Hospital de Destino <u>HUT</u>		33 Condições de entrada ☒ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorando ☐ 3 - Inalterado		
	34 Óbito ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não		☐ Antes do sopor ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte		
Observações Interdisciplinares <u>PA vítima acidente moto com lesão de membro superior esquerdo fechada em ferimento aberto do m. torn. apresentando corte em pulso (3) após tentativa de guarnição, lesões em m. omb. e m. ant. esquerdo com ferimento em sul profundo na face do caputo.</u>					
Socorristas Médico <u>Dr. Ferreira</u> Enfermeiro <u>Dr. Silva</u> AETE <u>Dr. Silva</u> Condutor <u>Dr. Silva</u>					



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

10 exames
fiscados

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Rones Lopes Fernandes</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de ponto pila tibial D</u>		
Operação - Tipo <u>L.M.C. + Fixação externa de Toulouk D</u>		
Cirurgião <u>R. Aguiar</u>	1º Assistente <u>R. Uaiard</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>17/09/18</u>	Início <u>21:00 h</u>	Fim <u>22:10 h</u>
Diagnóstico Pós-operatório <u>→ Fratura de ponto pila tibial D ⊕ 6 h</u> <u>→ Obs = Fixação definitiva da fratura com</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>melhora de pontos nobis em 10</u>		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em D.O.H
- 2) Anestesia raio / Campo estéril
- 3) FCC Toulouk D ± 2,0 cm
- 4) Limpeza com SF 2,9% / Perbromamento / Lavagem
- 5) Redução e fixação externa em Toulouk D
- 6) Sutura / Curativo / Perfuro OK 10/10

Dr. Aguiar Samuel R. Aguiar
Cirurgião / Traumatologista
CRM 123456 1907-113



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLTIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: Roney Lopes Funes

PRONTUÁRIO Nº:

DIAGNÓSTICO: Exatidão Ex parte Pilo tibia

CIRURGIA:

ANESTESIA:

Nº DA SALA:

CIRURGIÃO: R. Aguiar Mendes

CPF Nº:

AUXILIAR: A. Veiros

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Helena

CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: J. Amador			
PROLENE							

W. W. 445632 TE

1867



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

2º fixação interna
linha fixador o
coloca placa

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Rones Lopes Fernandes		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do fêmur direito		
Operação - Tipo	Reparo + Placa		
Cirurgião	Dr. Walter Costa	1º Assistente	Dr. Divaldo Tercio Nemes Leitão
2º Assistente		3º Assistente	ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 CRM-MA 3636
Instrumentador(a)	Dr. Cláudio	Anestesista	Dr. Amanda
Anestésico(a)		Anestesia	Gasosa
Data da Operação	26/05/18	Início	
Diagnóstico Pós-operatório	Placa + parafusos 2x		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação	N/A		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Fratura do fêmur direito
+ artroscopia
Ligamento anterior do joelho
+ reparo da fratura
da fratura com placa
e parafusos

Divaldo Tercio Nemes Leitão
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/09/18

NOME DO PACIENTE: Rones Lopes Fernandes

PRONTUÁRIO Nº: 488680

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA:

Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO:

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA:

CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 4.5/8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		Cupron	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Rose			
PROLENE							





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Cato Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223698
 Requisição: 877541 Solicitação: 26/09/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
 Controle: 1087108 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/09/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal da tibia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Rôsto Anterior Anterior Combande
 Mediana 68294
 SANE - HUT
 CONFERE COM O CRAM

[Handwritten signature]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223093
 Requisição: 874890 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 1083673 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 17/09/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Atende sempre com o documento
 Matrícula: 63804
 SANE - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção -fone: 86 3218 3445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223698
 Requisição: 877541 Solicitação: 26/09/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
 Controle: 1087107 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 26/09/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal da tibia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

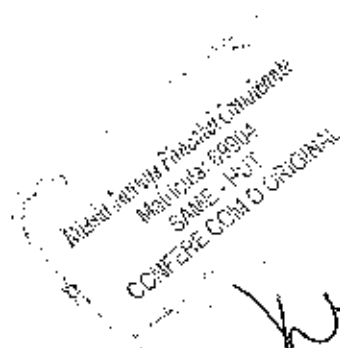
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-773 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a1m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 684736
 Requisição: 874821 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1083575 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 17/09/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura obliqua completa recente no maleolo medial.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

17/09/2018
 Carlos Augusto Moura Fe
 Médico: ORTEA
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 88 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO**Paciente: RONES LOPES FERNANDES (Prontuário: 488680)****Endereço: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010****Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223093****Requisição: 874890 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS****Controle: 1083674 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 250****RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204080150

Data Exame: 17/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA NO MALÉOLO MEDIAL FIXADA POR APARELHO METÁLICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Recebido em: 30/10/2018
Município: 65924
SAMS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Orlando Tito 1822 Rodagem - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES (Prontuário: 488680)**
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **22/10/1988** Idade: **30a0m8d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223093**
 Requisição: **874890** Solicitação: **17/09/2018** Solicitante: **AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS**
 Controle: **1083672** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 17/09/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 GRM-PI 2710

Profissional Responsável

Assinatura do Médico Responsável
 Matrícula: 65284
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

COB-CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES
RUA: CASTELO DO PIAUI Nº3292 B. BUENOS AIRES
CEP: 64009-330 - TERESINA-PI
CNPJ: 05.636.125/0001-26

CONVÊNIO: PARTICULAR

SOLICITANTE: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
DATA: 23/10/2018

PAC: RONES LOPES FERNANDES

EXAME: RX TORNOZELO DIR

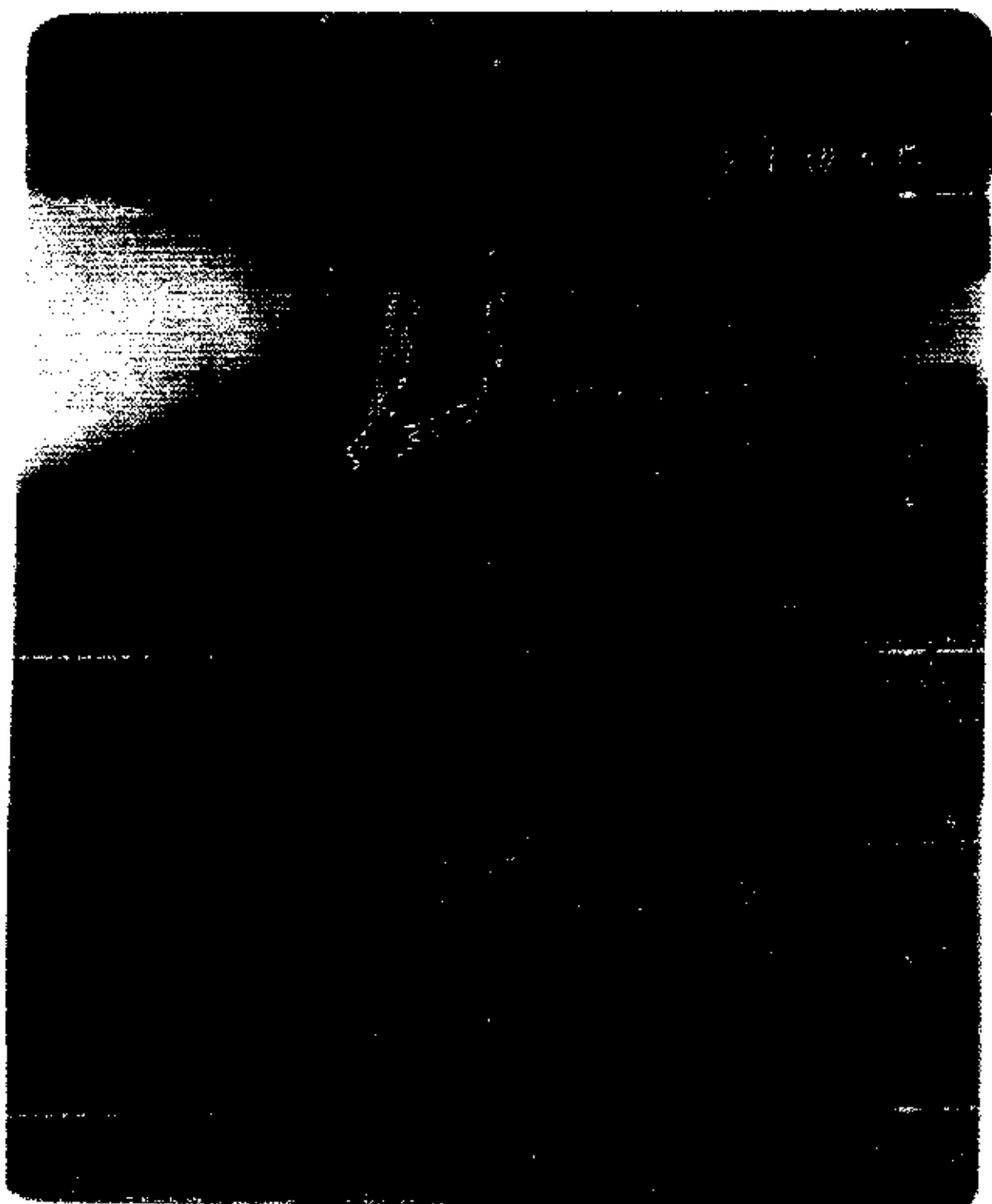
- Fratura alinhada e consolidada na tibia distal fixada com placa e parafusos metálicos.

CONCLUSÃO:

CONTROLE DE OSTEOSSÍNTESE.



Dr. Carlos Augusto Moura F.
CRM 1341



Compendio de



LOGMAÏS MAIS
MAÏS COM MATS FAVORABLE

SEU CÓDIGO
113717-7

CNPJ 06.824.072/0001-01 - Rua: Estrelada 19.301-383-5
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sério B-1
 Agência especial de arrecadação autorizada pela SETAX 05478

CONSUMO (kW/h)	CONSUMO (kW/h)	TOTAL A PAGAR (R\$)
105	105	181,36

SETEMBRO/2018 21-09-2018

FRANCISCA JERONIMO DE OLIVEIRA
RS DRA ZILDA ARNS S/N QD 07 CASA 13 NOVA BRASILIA
CPF: 00065971760-300
CPF: 64.004-140 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	8765	Atual:	14/09/2018
Anterior:	8570	Anterior:	14-08-2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Proxima Leitura:	16-10-2018
Consumo Medido:	195	Emissão:	13-09-2018
Consumo faturado:	195	Apresentação:	14-09-2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Módulo Medidor	Código Fixo	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1152183	1111	157

HISTÓRICO RWR	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
AGO/18	CONSUMO	195 A R\$ 0,833227 = 162,47
SET/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSP)	14,13
OUT/18	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,38
NOV/18	MULTA POR ATRASO 08/18-00	3,60
DEZ/18	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	0,78
JAN/19	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	9,74
FEB/19		
MAR/19		
ABR/19		
MAY/19		
JUN/19		
JUL/19		
AUG/19		
SEP/19		
OCT/19		
NOV/19		
DEZ/19		
JAN/20		
FEB/20		
MAR/20		
ABR/20		
MAY/20		
JUN/20		
JUL/20		
AUG/20		
SEP/20		
OCT/20		
NOV/20		
DEZ/20		
JAN/21		
FEB/21		
MAR/21		
ABR/21		
MAY/21		
JUN/21		
JUL/21		
AUG/21		
SEP/21		
OCT/21		
NOV/21		
DEZ/21		
JAN/22		
FEB/22		
MAR/22		
ABR/22		
MAY/22		
JUN/22		
JUL/22		
AUG/22		
SEP/22		
OCT/22		
NOV/22		
DEZ/22		
JAN/23		
FEB/23		
MAR/23		
ABR/23		
MAY/23		
JUN/23		
JUL/23		
AUG/23		
SEP/23		
OCT/23		
NOV/23		
DEZ/23		
JAN/24		
FEB/24		
MAR/24		
ABR/24		
MAY/24		
JUN/24		
JUL/24		
AUG/24		
SEP/24		
OCT/24		
NOV/24		
DEZ/24		
JAN/25		
FEB/25		
MAR/25		
ABR/25		
MAY/25		
JUN/25		
JUL/25		
AUG/25		
SEP/25		
OCT/25		
NOV/25		
DEZ/25		
JAN/26		
FEB/26		
MAR/26		
ABR/26		
MAY/26		
JUN/26		
JUL/26		
AUG/26		
SEP/26		
OCT/26		
NOV/26		
DEZ/26		
JAN/27		
FEB/27		
MAR/27		
ABR/27		
MAY/27		
JUN/27		
JUL/27		
AUG/27		
SEP/27		
OCT/27		
NOV/27		
DEZ/27		
JAN/28		
FEB/28		
MAR/28		
ABR/28		
MAY/28		
JUN/28		
JUL/28		
AUG/28		
SEP/28		
OCT/28		
NOV/28		
DEZ/28		
JAN/29		
FEB/29		
MAR/29		
ABR/29		
MAY/29		
JUN/29		
JUL/29		
AUG/29		
SEP/29		
OCT/29		
NOV/29		
DEZ/29		
JAN/30		
FEB/30		
MAR/30		
ABR/30		
MAY/30		
JUN/30	</	

LIGHE 0800-036-0600 LEVAGA OPELO VENCIMENTO 15-10-15-20-25-
Parabenizo Ate 10/15/2018, mas constatamos faturas vencida
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 06A5. 7B97. CCEE. F71F. A38F. B567. 827E. 8D08

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	33,62	Base de Cálculo:	162,47
Energia:	63,94	Alíquota ICMS:	22,00%
Transporte:	10,06	Valor do ICMS:	35,74
Encargos:	10,18	Valor do PIS:	1,59
Tributos:	44,67	Valor do COFINS:	7,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

			DPC			DPC
5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03
0,63			2,00			0,35



Boletim de ocorrência
Governo do E
Secretaria de S
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



INW



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000608/2018-24

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 08/10/2018 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

17/09/2018 - 16:45

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

TERESINA

Bairro

MAFUA

Endereço

RUA QUINTINO BOCAIUVA COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RONES LOPES FERNANDES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2944223 PI

Mãe: URÇULINA LOPES FERNANDES

Endereço: VILA LEONEL BRIZOLA, QD-T, CS-08, Nº

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA

RECEBIDO

06 NOV 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

Seguradora Líder DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

À VÍTIMA NOTICIANTE, RONES LOPES FERNANDES, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA ALCIDES FREITAS, SENTIDO LESTE OESTE, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN, COR VERMELHA, PLACA OEH-9960, TERESINA PI, RENAVAL 00416300510, PROPRIEDADE DA VÍTIMA; QUANDO INVADIU A PREFERENCIAL E VEIO A SER COLIDIDO POR VW/COMBI, COR BRANCA, PLACA NIB-9302, CONDUZIDO POR RONIEL E VEIO A CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, Nº DE CHAMADA 2569 E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 488680.

Haroldo Bonfim De Oliveira
Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

Rones Lopes Fernandes
RONES LOPES FERNANDES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

EM BRANCO

EM BRANCO

Cartório
Thermostades
Sertãozinho

TERESINA CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANORO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP. 86200-200 - TERESINA-PR
Fone: (041 06) 3221-7866 - E-mail: atdministracao@cartorio1osertaozinho.com.br

ANTIGO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E
EM VERDADE, TERESINA-PR, 31/10/2018.

DE GASTO PARADO Escrevente Autorizada
R\$ 2,09 TJ: 0,43 Selo: 0,26 Total: 3,13 Selo: ABR-86567 (F5107222)

☐ Tabelas ☒ Escrevente autorizada

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Paraná
Ofício de Notas,
Registro e
Judiciais

AUTENTICAÇÃO
Nº ABR-86567

OFÍCIO 1º
3
Anatália S.
Tabelas
(80) 3221-7866

Cartório de Notas e Registro de Imóveis
Sertãozinho - PR
1223-200

EM BRANCO



Comprovação de ato declaratório

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMUSAMU
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 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Assistência	26 Pupilas		29 Dor		
	1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	28 Sangramento		30 Fratura		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) b) c)
	1 - Sim 2 - Não 32 Hospital de Destino		1 - Sim 2 - Não 33 Condições de entrada 34 Óbito		
Observações Interdisciplinares	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Observações Interdisciplinares				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	