

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Código de identificação do ato



Eu, Francisco das Chagas Sobrinho, portador da carteira de identidade nº 1.261.014 e inscrito no CPF/MF sob o nº 453.135.712-91, residente e domiciliado na Rua Lídon Lima, 2064, Cidade Resende, Estado RJ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

-) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §3º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470



DRCT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.000837/2017-73

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antônio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 17/02/2017 - 15:56

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

20/05/2016 - 21:50

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. QUINZE DE NOVEMBRO, N°:

Complemento

Ponto de Referência

TRILHOS, CLUBE DO VALDEMAR ALUÍZIO

36 97 56

36 39 04

Bairro

TODOS OS SANTOS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1261014 SSPPI PI

Mae: MARIA FERREIRA GOMES

Pai: ANTONIO DE PAULO GOMES

Endereço: RUA HIDROLINA, N° 2664

Bairro: PLANALTO URUGUAI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9422-6376

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATÓRIO NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA AV. ACIMA CITADA, NO SENTIDO NORTE/SUL, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2011, MODELO 2012, COR PRETA, PLACA ODV-3095-PI, RENAVAM 00331505797, PROPRIETÁRIO FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VENDO A CAIR E SENDO SOCORRIDO PÓR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO N° 3323 E ENCAMINHADO AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO N° 306104, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUERIDO PARA FINS DE DIREITO.

Francileide Lima Cordeiro

Francileide Lima Cordeiro - Mat. 1945629

AGENTE DE POLÍCIA

Francisco das chagas sobrinho

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO - Noticiante

Responsável pela Informação

Os originais estão
no Adm 01 86800-17.

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

AVERBAÇÃO AO B.O. DE N° 837/2017-73

AVERBA-SE A ESTE B.O. PARA INFORMAR QUE A DATA CORRETA DO ACIDENTE É:
20/10/2016.

TERESINA, 15 DE MAIO DE 2017

Francisco das Chagas Sobrinho

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

AVERBANTE



Francileude Lima

FRANCILEUDE LIMA

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP. 64.002470

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11114761

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170305119 ASL-0210835/17

Vitima: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

Data Acidente: 20/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SL

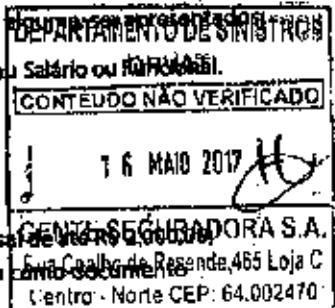
O formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Fábio Henrique dos Chagas Sobrinho

ADOR(A) DO RG Nº 4.264.014 EXPEDIDO POR EDP-PI EM 16/04/91 E
 CNPJ 41.992.521/0001-02 / CNPJ 00000000-0000-0000-0000-000000000000, PROFISSÃO peregrino
 INDÍA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 IURU DPVAT DA VITIMA Fábio Henrique dos Chagas Sobrinho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 VAT 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 fatura de renda mensal.

- para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:
- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fazenda;
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 1.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta conta-corrente com probatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 124 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0815 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 87121-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 124 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0815 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 87121-7

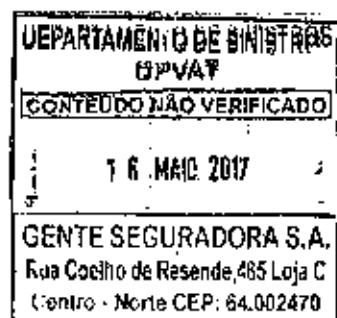
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jequiá 06 de Maio 2017
LOCAL E DATA

Fábio Henrique dos Chagas Sobrinho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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



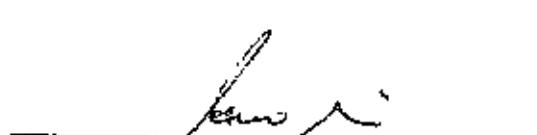


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **20/10/2016** foi socorrido pelo SAMU o Paciente. **Francisco das Chagas Sobrinho**, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido pelo SAMU e levado para o Hospital de Teresina-HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou registrando na guia de atendimento a data 20/05/2016 ao invés de 20/10/2016.

Teresina, 15 de Maio de 2017.


Francina Lopes Amorim Neta

Diretora Geral do SAMU-THE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





AN RBRASIL

MINISTÉRIO DA FEDERAÇÃO		ESTADO DO BRASIL		
DETRAN - PI		Nº 011242124432		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO	
1	00331505793		2015	
5110	NOME			
0020	FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO			
46x2				
98x1	*****			
2axb	*****			
8866	*****			
bd2b	*****			
3cb3	CPF / CNPJ			
xa34	PLACA			
3203	45342571391	ODV. 3005		
9525	PLACA ANT. / UF	CHASSI		
	9C2JCG6110BE747162			
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL		
PAS / MOTO / CICLE / MOTON / MIA		GÁSOLINA		
MARCA / COD.		ANO FAB.	ANO MFG.	
LONGBRA / 000 145 2204 K		2011	2011	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
02P/012400		PARTICIP.	PRATA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
I			1º IPVA	
P				
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º	
A			3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		KOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO		PAGO		
OBSERVAÇÕES				
SEM RESTRIÇÕES				
LOCAL		DATA		
TEREZINA		31/03/2015		



Paulo
Wanderley
07/02/2017

NOME DO PACIENTE: Francisco das Chagas Coelho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 306104

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

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: 86 3225 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO		Prontuário: 306104
Mãe: MARIA PEREIRA GOMES	Pai: ANTONIO DE PAULO GOMES	
End. Resid.: Povoado Cacimba Velha - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/11/1972	Idade: 43a:11m:14d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS: 704609707553830
Profissão:		Documento: CPF: - -
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 576684	Data: 20/10/2016 22:58:32	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convenio: S U S
id. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V29.

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor intensa	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Laranja
--	-------------------------------	----------------------	------------------------

Brave Histórica:
DEFORMIDADE EM PRÉS. ESQUERDA POR TRAUMATISMO EM ACIDENTE DE MOTO AC. CAIU EM TRILHO DO TREK. DOR INTENSA. NEGA OUTRAS DORES.

MARCO ANTONIO VIEIRA ROCHA
CRON 234843
Data: 20/10/2016 22:02:00

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)		 R Fractura plato? fral. G m. Redondo S + Talo + RS		
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONSELHO NÃO VERIFICADO 18 MAIO 2017				
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470				
PA	X	RRMg	PRISCT	FC: bpm Temp.: °C
Paciente: _____				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

AP

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / / HORA: :		Procedimento: <i>Chafosossi S 80</i>	CID: <i>00</i>

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Fabio Henrique Souza

Assinatura - Profissional Médico

DATA: 02/11/2016 / HORA: 09:05:44
UNA: HUT - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA / CEP: 64000-010

ALTER (ATH)

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

06/11/1972

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOS.

Identificação do Estabelecimento:

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TI

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

Código da Internação:

4-CNES

5828856

176829

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553830

8-Nascimento: 06/11/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1261014 - SSP

11-Mae: MARIA PEREIRA GOMES

12-Fone: -

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

COM BOLETIM CIR/AMEST

15-Endr: SOVOADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com febre cistococcic
lateral.

21 - Condições que justificam a internação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

16 MAIO 2017

23-Diagnóstico Inicial:

Gangrena não classificada em outra parte

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-400

PROCEDIMENTO SOLICITADO

J-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.:
02 01 CPF 011.397.463-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA 02/11/2016

DR. MARCUS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA
Medico de Plantão
Ass. Carimbo Pg. Conselho

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	37-() Acidente Trabalho Tipico	38-() Acidente Trabalho Trajeto	39-UND Seguradora:	40-Prv. P. C. Iherar:	41-Res. Iherar:
			AC-CPA/ Empresa:	42-UND Seguradora:	43-Res. Iherar:

45 - Vínculo com a Previdência:
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização:	48 - Nome do Auditor DRCA/SMS:
	08/11/16	OSO GONCALVES LIMA /4 Medico Auditor DRCA/SMS CPF: 015.600.753-15 CAB 2031232030003

49-Documento:	50-Num. Documento:	51-Ass. Carimbo Pg. Conselho:
(ICNS ()CPF		

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52 - Assinatura Responsável:
<i>Pedro Henrique dos Santos machado</i>	<i>Pedro Henrique dos Santos machado</i>

53 - Assinatura Responsável:	54 - Assinatura Responsável:
<i>Pedro Henrique dos Santos machado</i>	<i>Pedro Henrique dos Santos machado</i>

DATA: 02/11/2016 09:05:07
PÁGINA: 1 DE 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

176829

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/11/16

NOME DO PACIENTE:	<i>F. - da/s Choper Sobrinho</i>	PROTÓTIPO N°:	<i>306304</i>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<i>07</i>
CIRURGIA:		CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:		CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>G. Azuvelo</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<i>03</i>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<i>02</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>03</i>		LUVA N° <i>615, 20 e 715</i>	PAR	<i>06</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>04</i>		LUVA N° <i>810 e 815</i>	PAR	<i>04</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<i>01</i>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>15</i>	
ÁLCOOL 70%	ML	<i>950</i>		PVP DE GERMANTE	ML	<i>900</i>	
ALGODÃO	BOLA	<i>03</i>		PVP TÓPICO	ML	<i>150</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<i>900</i>		PVP TINTURA	ML	<i>90</i>	
COMPRESSA	PAC.	<i>04</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>91</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>02</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>50</i>		SERINGA 5CC	UNID.	<i>02</i>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	<i>01</i>	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>05</i>	
GASES	PAC.	<i>05</i>		SONDA URETRAL	UNID.	<i>01</i>	
JELCO N°	UNID.	<i>01</i>		<i>Relpol</i>	UNID.	<i>04</i>	

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<i>out</i>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>out</i>
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<i>out</i>
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<i>out</i>
ALCOFIL				<i>out</i>
MONONYLON	<i>9-0</i>	<i>03</i>		
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Ewaldone</i>
PROLENE				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-2470

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco dos Prazeres Sobrinho

Diagnóstico pré-operatório

Fasciotomia lateral

Operação - Tipo

Debridamento + Fechamento de

Cirurgião

Dr. Marcos Vazourada

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

Relatório Imediato do Patologista

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Acidente Durante a Operação

- Sem intercorrências.

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Paciente em decúbito dorsal,
sob raqueanestesia ② A respi e
fisiologia de MIE ③ Colocação
de curpos ④ Dissecção de gita-
rios de fasciotomia lateral ⑤
Aproximação de bordos ⑥ Curativo

OBS: Período normal após
procedimento. Sem peritos
outros do procedimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESÓPOLIS

GENTE	SEGURADORA
Faia Pólo de Resende	S.A.
Norte CEP: 65.902-470	Celular:
1º MAR 2011	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DE SANTOS	

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE

Francisco das Chagas Sobrinho

DATA/HORA DA
PRESCRIÇÃO

06:50
03/11/18

MÉDICO ASSISTENTE

29/10: Hb: 8,5 Ur: 24 Na: 138,8
Ht: 25,8 Cr: 06 K: 3,84
Leuco: 8400 CPK: 173 Ca: 1,140
Plaq: 372000 TTPA: 342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, consciente, orientado, acido nátrico, anidérmico, normoclorêmico, AP: MU+ bilateralmente, AC: BNF, 2T, QR, SS. Abdome plano, RHA ausentes, flácido e indolor à palpação. FEO limpa e seca, sem sinal de necrose ou de sofrimento da pele. Sem edema.

- 1) Dieta oral livre.
- 2) SF 0,9% 2000 ml EV 28gts/min
- 3) Dipirona 500mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 6/6h
- 4) Tramal 100mg - 1amp + 100 ml SF 0,9% EV 8/8h
- 5) Ranitidina 25mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 8/8h
- 6) Lipemine 5000UI/0,25ml - 1amp SC 8/8h
- 7) Diazepam 10mg - 1cp VO às 20h
- 8) Dimeorf 10mg/ml - 1amp + 9ml AD, fazer 04ml EV (SN)

a) MMII elevados

(1) SBVV e CC GG

MÉDICO/CRM: PULP (20-) 03 (1) 07011 Paltal Júnior

AUM VAS. AD (W220) 02.000000 / 01/12/18

PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. OR. APT.	LEITO
306104		209	223	186

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES:
#1º DPO de fechamento de fasciotomia medial
#6º DPO de fechamento de fasciotomia medial
#12º DPO de cirurgia ortopédica e vascular (trauma em MLE)

ALERGIAS:

Ranitidina Flunisolide (1) 100 mg

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

SINAIS VITAIS

HORA	T	P	R	SPI.	OB.
12	91				198
18	36,8	10,2			134
24	36,8	9,0			131
06	36,8	9,0			130

09:30 - Realizado retinodo com pontas da ponte suspensoria MMII. Sem intercorrências. Acod. Gyn. Dobra

13:30 - Encolui seu olhar e tive que perguntar sobre desmaio presente

14:00 -



CEP:	64002-470	Rua Coelho de Resende	GENTE SEGURO DAS PESSOAS S.A.
Cidade:	NONE	DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA QUALIDADE	DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA QUALIDADE
DATA:	16 MAR 2017	DATA:	16 MAR 2017
		VERIFICADO	VERIFICADO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Vascular

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Francisco das Chagas Sobrinho		306104		PO9	223	186
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES:				
29/10/16 02:11:16	29/10: Hb: 8,5 Ur: 27 Nv: 138,8 HT: 25,8 Cr: 0,6 K: 3,84 Levco: 8400 CPK: 1713 Cal: 1.140 Plaq: 372000 TTPA: 34,2	#5º DPO de fechamento de fasciotomia medial. #11º DPO de cirurgia ortopédica e vascular (Trauma em MIE) ALERGIAS: #Fechamento de fasciotomia lateral agendado para hoje.				

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Paciente em BEG, consciente, orientado, nictanótico, anárteico, normocorrado, hidratado. AP: MV@ bilateralmente; AC: BNF, 2T, RR, SS. Abdome plano, flácido, RHA audíveis. Não apresenta queixas algínicas.

01) Dieta oral livre após as 15hs. Visto Nutricionista Tatiana Dias CRN/PI 4434

02) SF 0,9% 2000 ml EV 28 gotas/min

(1)(2)(3)

03) Ranitidina 25mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 818h

fratf frtf. 818

04) Dipirona 500mg/ml - 2ml + AD EV 616h

fratf ⑧ 616 816

05) Tramal 100 mg - 1amp + 100 ml SF 0,9% EV 818h

fratf ⑧ 818

06) Diazepam 10mg - 1cp VO às 20h

⑧

07) Dimorf 10mg/ml - 1amp + 09 ml AD, 04ml EV 818h

⑧

08) MMII elevados.

09) SSNU e CCGG

10) Liquimine 500UI 10,25ml - 01 amp, SD 818h

fratf

após as 15h.

MÉDICO/CRM:
11) HALVOR LAMP 15m

fratf

18) Não foi Dipirona PA 84458
injetável p/liquimine fecal suay

VIRE →

HORA	T	P	R	S	URGÊNCIA
12	35	89			11/80 700ml
12	37	65			8/160 600ml
21	37	99			14/6 1000ml
21	36	108			15/6 600ml

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS- OPERATÓRIO

DATA 02/04/2016

PACIENTE Francisco das Chagas Sobrinho

IDADE anos

CIRURGIAO

ORÁRIO DE ADMISSÃO 4 hs 30min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RÁQUEL () BLOQUEIO () PERIDURAL

RURGIA REALIZADA Debridamento e ferimento m/LE

HORÁRIO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	122 / 69	116 / 68
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	86	89
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%	98%
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	Andréia Faria da Silva	
NOME E MATRÍCULA	Tec. de Enfermagem CORPO DE SILE	
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA	TOTAL	ASSISTENTE Freire Parentes ENFERMEIRA Curen	Klênia Freire Parentes ENFERMEIRA COREN-PR 484025
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10	() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10	09		10

DISPOSITIVOS () SONDA VESICAL () SONDA NASO / ORO () DRENO DE SUÇÃO () COLOSTOMIA () DRENO TORACICO () JOVÉ () OUTROS
OBSERVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09:30 Admitida na SRPA, em 305 de debridamento. Consciente, orientada, responde ao diálogo. Respirando espontaneamente, sem uso de O₂ suplementar, com bom padrão respiratório. HV pélvica. SSVV estável.

Enfermeira Parentes
ENFERMEIRA
COREN-PR 484025

11:05 Alta da SRPA, recuperada.

DEPARTAMENTO DE SÍNTESE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Klênia Freire Parentes
ENFERMEIRA
COREN-PR 484025

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

José Miguel de Andrade Filho
CRM-PB 881 - CPF: 138.542.403-86

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

AIR = 2216101/44/6-4

UNI = H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Órgão emissor: MUI/RO/0001

REGISTRO

VALOR: R\$ 10,00

Data: 09/11/2016

Assinatura:

CNPJ: 07.311.710/0001-17

PERMITIDA DAS 08H00 ÀS 18H00

DE 09/11/2016 À 10/11/2016

DE 09/11/2016 À 10/11/2016

Data: 10/11/2016

DATA: 09/11/2016

Assinatura:

CNPJ: 07.311.710/0001-17

Data: 09/11/2016

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553830

B-Nascimento: 06/11/1973

C-Sexo: Masculino

RG: 1261014 - SSP

11-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12-Fone: -

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Endr: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

17-Cod. ICD-10: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fasciite de perna
 E.
 10/11/2016 - 11:00 - 12/11/2016 - 11:00

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

23-Diagnóstico Inicial:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Biopatia periférica em doenças classificadas em outra parte

DPVAI

CONTÍNUO NÃO VERIFICADO

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

GENTE SEGURADORA S.A.

Qua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.000-010

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

28/10/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-1 : Acidente de Trânsito

37-1 : Acidente Trabalho Típico

38-1 : Acidente Trabalho Trajeto

39-1 : Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizacor:

47 - Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

José Gonçalves

Médico Autorizado

CPF: 025.533.755-15

CRM: 27142

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

00-Agência: 000 (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: 09/11/16

Data: 09/11/2016

Assinatura:

1764 L9

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28/10/16

NOME DO PACIENTE:	Francisco das Chagas Melo	PROTÓTICO N°:
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA: 07
CIRURGÃO:	Dr. Marco Jasonda	CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIA:	Dr. Jair	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	Hilda Marques dos Santos CRM 102-C/2014-346-172-91	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML			PVP DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	04		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPADEAMENTO DE SINISTROS	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	04	
OPVAT				SERINGA 3CC	UNID.		
ESCALPELE CONTEUDO NAO VERIFICADO	UNID.			SORO FISIOLÓGICO 500 ml FRASCO	04		
FORMOL 16 MAIO 2017	ML			SONDA URETRAL	UNID.		
GASES	PAC.	05		Ostéitis 02		03	
GENTE SEGURADOURA S.A. JELCA N° 1 Coelho de Resende 465 Loja 0 Centro Flóres CEP: 64 002470	UNID.			OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Eletrodo - 01 unid.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Encovas - 03 unid.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				Preparo - 02 unid.			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				Óleo de Girassol - 20 ml			
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		04					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Solange Nogueira da Mota Téc. Enfermagem: COREN-PI: 453.435			
PROLENE							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		
Francisco das Chagas Sobrinho		
Diagnóstico pré-operatório		
Fasciotomia		
Operação - Tipo		
Desbridamento + fechamento de fascio		
Cirurgião	Dr. Marcos Vazquez	1º Assinante
2º Assinante		Hiroshi dos Santos
Instrumentador(a)	Jackson	Anestesista
Anestésico(a)	Hiroshi dos Santos CRM 1072 / CR 045373-41	Rafael
Data da Operação	Início	Fim
28.10.2016	11:30	12:20
Diagnóstico Pós-operatório		DEPARTAMENTO DE MINISTROS DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017
Relatório Imediato do Patologista		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

Acidente Durante a Operação

- Seca intercorrências.

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

1) Paciente foi devido para o, sob anestesia 2) Assepsia e Asepsia de MIE 3) Colocação de campo 4) Exibição do fasciotomia medial e lateral em perna E (SEM PULSOS DISTALIS), que com perfusão boa 5) Fechamento de fasciotomia medial (sem traçado) 6) Cirúrgico:

OBS: Perfusão de MIE não fala, ao término do procedimento



Órgão Emissor: M22110001

AIH : 2216.0170460-9

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO

06/11/1972

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

Data de Nascimento:

Data de Autorização:

Data de Liberação:

PROCED. : 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

OP.SIST: WELLINGTON

CID : S850

Ass. Médico Responsável

5828856

175893

LAUDE PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

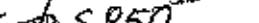
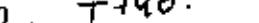
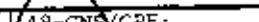
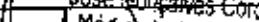
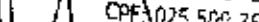
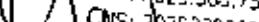
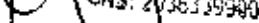
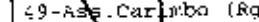
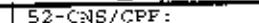
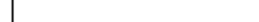
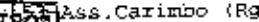
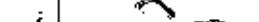
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO	6 - Prontuário: 306104		
7-CNS: 704609707653830	8-Nascimento: 06/11/1972	9-Sexo: Masculino	CPF: - - -
11-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES	12-Fone: - - -		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone: - - -		
15-Ender: POVOADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd. Anterior 0406020515	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	
21-Cod. Mudança Proced. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	
27-CID Prin: 5850	26-Diagnóstico: ?	28-CID Sec.: 29-CID C.Ans.: ?

38-Profissional Responsável: MARTONIO DE ASSUNCAO CORDEIRO	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):                                            
39-Data Solicitação: 21/10/2016	42-No.Doc. Med. Solici.: 496.819.233-91	43-CID Sec.: 29-CID C.Ans.: ?

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM LESÃO VASCULAR DE ARTERIA POPLITEA + FASCIOTOMIA **0406020515-5850**
0408050080- T796.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: JOSE GONCALVES CORDEIRO FILHO	47-Data Autorização: 18/10/16	48-CNS/CPF: José Gonçalves Cordeiro Filho Médico Auditor ORCAA/SMS CPF: 025.506.753-15 CNS: 203633990030000 49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
50-Justificativa da 'NÃO' autorização:		

50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
DPVAT		Ass. Carimbo (Rg. Conselho): VALERIA SALES!
CONTEUDO NÃO VERIFICADO		
16 MAIO 2017		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

AIH: 221610170460-8

UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

RESUMEN

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

TÍTULO: SA Nascimento: 06/11/1972

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de S.

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO	6 - Prontuário: 306104		
7-CNS: 704609707553830	8-Nascimento: 06/11/1972	9-Sexo: Masculino	RG: 1261014 - SSP
11-Mae: MARIA PEREIRA GOMES	12-Pone: -		
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Parda		
15-Ender: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA	DEPARTAMENTO DE GINISTROS		

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Dor e edema na articulação poplitea	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-400	

21 - Condições que justificam a internação:

lesões de artérias popliteas espalhadas

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

fraca no pulso -

23-Diagnóstico Inicial: Rheumatismo da artéria poplitea	24-Pronto-Socorro: 08-01-2.844.11 9850
--	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod.Proced.: 0406020515	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	Tempo: 000
28-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF: 496.819.233-91	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.: 34-Data Solicitação: 21/10/2016
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARTONIO DE ASSUNCAO CORDEIRO	35-Data Autorização: 25/10/2016	36-Area: Cirurgia / Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Vascular CRM-PI 2743

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	37- () Acidente Trabalho Cípico	38- () Acidente Trabalho Trajeto	39- CNPJ Seguradora:	40- Rel. Bithmann:	41- Data:
42- CNPJ Empres:	43- CNPJ Empres:	44- CNPJ:	45- CNPJ:	46- CNPJ:	

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 25/10/16	48-Documento:	49-Nº do Documento:	50-Ass. Cartório (Pg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: MARIA ANTÔNIA C. identita local: Vila das C. nasc.: 1972 Inserção: 21/10/2016 13:36:40			

Silva dos S. Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 10 / 16

NOME DO PACIENTE:		<i>José das Chagas Sobrinho</i>	PRONTUÁRIO Nº:	<i>306104</i>
DIAGNÓSTICO:		<i>Cesareo urâ</i>	CIRURGIANO:	<i>Patrício Crisóstomo</i>
ANESTESIA:		<i>geral</i>	Nº DA SALA:	<i>09</i>
CIRURGÃO:		<i>D. Matônio</i>	CPF Nº:	<i>996819283-91</i>
AUXILIAR:		<i>Enfermeiro de Enfermagem</i>	CPF Nº:	
ANESTESIA:		<i>João Menezes</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		<i>Ana</i>	CPF Nº:	
				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
				CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 6,5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	/		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ALCOOL 70%	ML	50		PVP DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	/		PVP TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	/		PVP TINTURA	ML	/	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
PARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N° <i>forneirinha</i>	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL N° 8 e 6	UNID.	02	
JELCO N°	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Sonda vesical Sistema fechado xylocaina gel fita cardíaca Luvas N° 8,0	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepon	UNID.	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Seringa pi insulina	UNID.	02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Neparine	UNID.	01	
ALCOFIL <i>s/a</i>	3.0	03			UNID.	01	
MONONYLON	3.0	09					
FITA UMBÍLICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	3.0	01		CIRCULANTE:			
PROLENE <i>vascular</i>	5.0	02					
prolene	6.0	01					



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco das Chagas Sobrinho

Diagnóstico pré-operatório

Ces 5 vasos de Aorta na artéria

Operação - Tipo

Trepano artérias da artéria

Cirurgião

Dr. Mário

1º Assinante

2º Assinante

Dr. Mário

3º Assinante

Instrumentador(a)

Juraciene

Anestesiista

M. Nogueira

Anestesia

Geral

Anestésico(a)

Data da Operação

25/10/16

Inicio

09:00

Fim

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

Diagnóstico Pós-operatório

Ces 5 artérias
poplíteas t.p.

16 MAI 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Anexor e anteroposterior artéria
- ② cauzas artéria
- ③ mosaico artéria
- ④ drenos artéria poplíteas
- ⑤ supra artéria poplíteas
- ⑥ perfusão artéria poplíteas
- ⑦ fonte poplíteas - poplíteas com safena interna
- ⑧ angiografia de perna t.p.
- ⑨ paciente p. planos
- ⑩ Cefito

Dr. Mário de Oliveira
Cirurgião Vascular
Angiologia
CRM-PI 76 - HUT



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>José Francisco dos Chagas Subrinho</i>	PRONTUÁRIO	<i>Ponto 9</i> 306104
DA CLÍNICA	Cirurgica	LEITO	<i>223/186</i>
A CLÍNICA	Neurologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente automobilístico em 2º DPO de cirurgia ortopédica e vascular com dissecção de artéria poplítea e reconstrução com safena. Sigue comparecendo e necessita avaliação da neurologia.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

DATA: *23/10/16*

CPM-PI 334-6
Anfílogo e Cirurgia Vascular
Assunto: S. de Neurologia

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Não

HQ = Neuropatia
Períneos etc

Pt com queixa de periorbita em MIE, predominantemente na região do peito do pé, no anelco e sensibilidade tímida, dor e vibração sem alterações, pulsos perifericos presentes, power reduzidor - e t.

Col: Suposto Clínico

A disposição para queilação clínica.

Dr. Vildárcio Alves de Sousa
CRM-PI 3296

Av. Higino Carneiro, 591 - Itaobá
Teresina-PI

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: _____



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - FASES OPERATÓRIAS - 30

NOME Francisco das Chagas Schumka IDADE 66 anos DATA 21/02/2016

HÓRARIO DE ADMISSÃO 21 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA() GERAL() TRÁQUEA() BLOQUEIO() PERIDURAL() SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fistuloscopia extraperitoneal tibial (E) CIRURGIÃO _____

- SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	180/67		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	86		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97		
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	Anderson		

INDICE DE ALDRETTTE KROQUIM

		ÍNDICE DE ALBERTEE KRUEGER		ADMISSIONS			
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pre-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desconsci. se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	4	5	6
		TOTAL 09					
		ASSISTENTE ADRIENNE MENDES BRITO ENFERMEIRA OPEN-PI 200517					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

07:34 adoravides no SPPA essa PCF de Tétecaí
em tília. O sol está se nogue ligeiramente,
piscando espantoso seu aspecto de C₃FO em
tempo de arididade. Vascular. m² m²
precipitação

08:35 Avaliando pelo Waze, agenda condecoração morno.

M^s APPRECIADA
ENFERMEIRA
E-11-11-21 200517

deteste. Muito
M^a Aparecida Mendes
ENFERMEIRA
01/01/2001 20517

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVSAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nairé CEP: 64.002-470

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- ALTA SRA

HORÁRIO

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

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C



AIH : 22161
UNI : H.U.T

União Emissor: H221100001

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

NON ROCHA NASCIMENTO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA.

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DATA LIBERA: 27/10/2016

PROCED.: 0408050683 TRATAMENTO CIRÚRGICO

OP.SIST: WELLINGTON

CID : S871

DT. LIGE Sá Neves 04111111172

CRM: 1016

0010 / FRATURA-LUXAÇÃO

ASS. MED: 1016

582 VEL

1/3851

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO**

6 - Profissão:

306104

7-CNS: 704609707553830

8-Nascimento: 06/11/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1261014

11-Mae: MARIA PEREIRA GOMES

12-Fone:

32

13-Rasp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Ender: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - 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:

paciente vítima de acidente de trânsito com dor em joelho esquerdo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2017

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirúrgico

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

xx

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C. Asig.:

SB21

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Proc. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050683 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO

29-Orienta:

30-Caráter: Ident.:

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solici.:

02

01

CPF

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO

20/10/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-1 : Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº. Bilhete:

41-Série:

37-1 : Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOPI:

38-1 : Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vício(s) com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47 - Número Autorização:

José Gonçalves Cordeiro Filho

Médico Auditor ORCAA/SMS

CPR: 026.800.783-15

CNS: 28383390030008

48-Documento: 49-Nº. Documento:

50-Ass. Carijó (Rg. Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (CRGILIA BRILHO)

Consulta Local: 576624

Consulta SUS:

Impressão: 25/10/2016 09:27:47



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 00.10.2016

NOME DO PACIENTE:	<u>Francisco das Chagas Soárez</u>	PROFISSIONAL N°: <u>306104</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>rotura Placenta</u>	CIRURGIA: <u>A C ETINA</u>
ANESTESIA:	<u>Dopar</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Celso Viegas Oliveira Neto</u> Médico Especialista CRM-PI 3054	CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIA:	<u>Dr. Heroylano</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	<u>Wilker</u>	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA N° 8.0	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA N° 7.0	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>150</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>350</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>150</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>09</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			<u>Oreyam</u>		<u>01</u>	

FIOS

CAT. GUT. SIMPLES C/AG.

CAT. GUT. SIMPLES S/AG.

CAT. GUT. CROMADO C/AG.

CAT. GUT. CROMADO S/AG.

ALCOFIL

MONONYLON

FITA UMBILICAL

VICRYL

PROLENE

OCORRÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Graça + Michelle



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco da Cunha Oliveira
Fevre e dor de peito forte

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

Br. Celso Vaz de Oliveira (0000)
Médico Geralista

1º Assinante

2º Assinante

CRM PI 0004

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(s)

Data da Operação

21/01/16

Início

03:20

Fim

03:40

Diagnóstico Pós-operatório

O ausus ei 6000 dos ales
problema? falso pedaso (-)
resuscipt provocar

Relatório Imediato do Patologista

folcado anolaw
equipe clube leonel

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-410

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Parar o fluxo arterial - Arquivar e Autologos

- fixar o fálico no Túmpo 6g.

- proceder exame de febre 38°

- Reduzir as feridas com o fioletto.

- Novas mobilizadas

- Anotar

- Aos cuidados do Clínico Obscuras
infarto



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20th June

Orfopeshe

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	EME ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
			HORÁRIO			
20/10/16 10	# foelmo					00:20h. Paciente com H.O. fetauna de jarda (E) segue evolução, afim, refece dor intensa em MTS. Administração de medicações. Lembrar prescrições anteriores. Em consideração fome e perda de 05-10kg.
11/10/16	1. DIETA LIVRE 2. SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12H 3. DIPITRONA 2ML+AD EV 6/6H 4. TENOXICAM 20MS 1 AMP DIL EV 12/12H 5. TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS 6. CGGG		(00:15)	(00:15)	(00:30)	01:09 paciente volta Zona Rural, paciente se queixa de dor no abdômen p/p multilobular. Ocorre desidratação severa, nega ser alérgico a medicamento, consente. Ocupação: Engenheiro. Observar Tepêto do MTS. Seguir orientações agendadas. Peso PC 87,5pm SOT 99%.
10/10/16	Diazepam 10mg - I.M. S.H. diaferia Descongestionante (AD) IV diaferia					
24/10/16	A 66 kgs - 00 urgente / fraca flacidez na jarda (MTS)					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - FUS - OPERAÇÕES

OME	<u>Emaneles dos chagas Soárez</u>	IDADE	<u>anos</u>	DATA	<u>00/10/2016</u>
ORÁRIO DE ADMISSÃO	<u>14 hs 55 min</u>	TIPO DE ANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUEL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	CIRURGIÃO	
IRURGIA REALIZADA	<u>Ponte - revascularização da artéria coronária direita</u>		HORÁRIO		
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	14:50	SAÍDA		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>122/69</u>	<u>143/73</u>	<u>132/81</u>		
FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)	<u>100</u>	<u>102</u>	<u>95</u>		
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>		
TEMPERATURA AXILAR (°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA	<u>Sueli</u>		<u>aut</u>		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
SATURAÇÃO O ₂	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
CONSCIÊNCIA	Desperga, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 95% respirando ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
CONSCIÊNCIA	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90% - Nível CEP - 64.002470	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%. mesmo com suplemento de O ₂					
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR ALTA						
Onda vesical	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	() BONDA () NASOGASTRO	
hs	ml	hs	ml	hs	ml	
#	ml	hs	ml	hs	ml	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:55 Admitido na sala em PCT de ponte-revascularização da artéria coronária direita, com aguda, leve, constante, acentuada inspiratoriamente, sem evasão. Foi realizada limpeza orofaringea.

ME Apresenta: M. Mendes Brito
ENFERMEIRA: M. Mendes Brito
CONTEÚDO: 2016/17

ME Apresenta: M. Mendes Brito
ENFERMEIRA: M. Mendes Brito
CONTEÚDO: 2016/17

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] ORL [] MÉD

POSTO: 09

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco dos Clíquos Sobrinho

Diagnóstico pré-operatório

Fasciotomia lateral

Operação - Tipo

Debridamento + Fissuramento de

Cirurgião

Dr. Marcos Varela

1º Assinante

Dra. Fabrício Varela

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

Relatório Imediato do Patologista

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Acidente Durante a Operação

- Sua intercorrência

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em decúbito dorsal, sob raqueanestesia. 2) Acessão e fistulação de MIE. 3) Colocação de enxopes. 4) Direções de alta flor de fasciotomia lateral. 5) Proximacor de bordos. 6) Curativo.

OBS: Perfilado normal após procedimento. Sem supressos ou alterações no procedimento.

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO		
DATA:	02/11/16	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITÉ	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	8.30	8.30			
1						
2						
3						
LIQUIDOS	SO-UTO	500				
		400				
	SANGUE	300				
		200				
	OUTROS	100				
TEMPERATURA T	C°	260				
		240				
		220				
		200				
		180				
		160				
		140				
		120				
		100				
		80				
		60				
		40				
		20				
		10				
SEQUÊNCIA						
1	Puxi 19.0.11.11.11.11					
2	Ferido 19.0.11.11.11					
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
DURAÇÃO						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS	Anestesia geral					INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	Desidratamento + edema de					sem inf
CIRURGIÕES	Moran Veronda ferulome					A S.R.P.23
ANESTESISTAS	Norma de Castro Anestesiologista / Clínica da Dra. CRM-P: 3183					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
PARTICULARIDADES						Bob

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - FUS - RJ

NAME	<u>Francklin dos chagas</u>	IDADE	<u>anos</u>	DATA	<u>10/11/2016</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO	14 hs 45 min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL () RAQUEL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA			CIRURGIANO		

SINAIS VITais	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>103 / 57</u>		<u>141 / 79</u>
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>62</u>		<u>98</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>		<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			<u>16</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Julinha</u>		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO	SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2
	Movimenta dois membros	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
	A apresenta disonéia ou limitação da respiração	1	1
	Tem apneia	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	2
	Desperga se solicitado	1	1
	Não responde	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
	A apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	

() SONDA VESICAL	() ADRENO DE SUÇÃO	() IDRENO TORACICO	() IDVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGI () NASOE
hs : mL	hs : mL	hs : mL	hs : mL		
hs : mL	hs : mL	hs : mL	hs : mL		

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:45 - Pte admitido na SRPA, em POI de fract. raquiométrica. Consciente, orientado, faringe espástica, cl. O2: HR em síncope. Sono estável. Segue SI questionar. Com tempo: desvio postural permanente, cl. débito sanguíneo lento.

(B) sob efeito de

anestesia.

lúmenal

OPEN PI 149 441

Enfermeira

OPEN PI 149 441

Enfermeira

OPEN PI 149 441

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA 10/11	16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Loja C	
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GEISSO [] ARRANQUE [] GRAFICOS []	ALTA SRPA Dr. LOPES HORÁRIO: Médico Anestesiologista CRM-PI 149 441 CPF: 008.972.003-00

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

228 1221

FMS

SUS



Autenticação de Internação Hospitalar (AIH)

Órgão Emissor: M221190001

AIH : 221610177979-3

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

NASCIMENTO

06/11/1972

D.LIBERA: 21/11/2016

DI. LAUDO: 18/11/2016

PROCED.: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

OP.GEST: WELLINGTON

CID : S821

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

524

AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553830

8-Nascimento: 06/11/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1261014 - SSP

11-Mae: MARIA PEREIRA GOMES

12-Econe: -

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Endr: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*- Dor e deformidade
de perna E- /*

22 - Condições que justificam a internação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 MAIO 2017

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

24 - Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Ltia C

Centro Norte CEP: 64.002-470

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

29-Clinica:

30-Catáter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01 CPF 745.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERA DA SILVA FEITOSA

10/11/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Tipico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

21.11.16

José Gonçalves Cordero Filho

Médico Auditor DRCAA/SMS

CPF: 025.500.753-15

CNE: 20266339500 (especialista)

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Gyuo Andrade

Assinatura: () CRAP-A (data):

Assinatura: () CRAP-B (data):

Assinatura: () CRAP-C (data):

Assinatura: () CRAP-D (data):

Assinatura: () CRAP-E (data):

Assinatura: () CRAP-F (data):

Assinatura: () CRAP-G (data):

Assinatura: () CRAP-H (data):

Assinatura: () CRAP-I (data):

Assinatura: () CRAP-J (data):

Assinatura: () CRAP-K (data):

Assinatura: () CRAP-L (data):

Assinatura: () CRAP-M (data):

Assinatura: () CRAP-N (data):

Assinatura: () CRAP-O (data):

Assinatura: () CRAP-P (data):

Assinatura: () CRAP-Q (data):

Assinatura: () CRAP-R (data):

Assinatura: () CRAP-S (data):

Assinatura: () CRAP-T (data):

Assinatura: () CRAP-U (data):

Assinatura: () CRAP-V (data):

Assinatura: () CRAP-W (data):

Assinatura: () CRAP-X (data):

Assinatura: () CRAP-Y (data):

Assinatura: () CRAP-Z (data):

Assinatura: () CRAP-A (data):

Assinatura: () CRAP-B (data):

Assinatura: () CRAP-C (data):

Assinatura: () CRAP-D (data):

Assinatura: () CRAP-E (data):

Assinatura: () CRAP-F (data):

Assinatura: () CRAP-G (data):

Assinatura: () CRAP-H (data):

Assinatura: () CRAP-I (data):

Assinatura: () CRAP-J (data):

Assinatura: () CRAP-K (data):

Assinatura: () CRAP-L (data):

Assinatura: () CRAP-M (data):

Assinatura: () CRAP-N (data):

Assinatura: () CRAP-O (data):

Assinatura: () CRAP-P (data):

Assinatura: () CRAP-Q (data):

Assinatura: () CRAP-R (data):

Assinatura: () CRAP-S (data):

Assinatura: () CRAP-T (data):

Assinatura: () CRAP-U (data):

Assinatura: () CRAP-V (data):

Assinatura: () CRAP-W (data):

Assinatura: () CRAP-X (data):

Assinatura: () CRAP-Y (data):

Assinatura: () CRAP-Z (data):

Assinatura: () CRAP-A (data):

Assinatura: () CRAP-B (data):

Assinatura: () CRAP-C (data):

Assinatura: () CRAP-D (data):

Assinatura: () CRAP-E (data):

Assinatura: () CRAP-F (data):

Assinatura: () CRAP-G (data):

Assinatura: () CRAP-H (data):

Assinatura: () CRAP-I (data):

Assinatura: () CRAP-J (data):

Assinatura: () CRAP-K (data):

Assinatura: () CRAP-L (data):

Assinatura: () CRAP-M (data):

Assinatura: () CRAP-N (data):

Assinatura: () CRAP-O (data):

Assinatura: () CRAP-P (data):

Assinatura: () CRAP-Q (data):

Assinatura: () CRAP-R (data):

Assinatura: () CRAP-S (data):

Assinatura: () CRAP-T (data):

Assinatura: () CRAP-U (data):

Assinatura: () CRAP-V (data):

Assinatura: () CRAP-W (data):

Assinatura: () CRAP-X (data):

Assinatura: () CRAP-Y (data):

Assinatura: () CRAP-Z (data):

Assinatura: () CRAP-A (data):

Assinatura: () CRAP-B (data):

Assinatura: () CRAP-C (data):

Assinatura: () CRAP-D (data):

Assinatura: () CRAP-E (data):

Assinatura: () CRAP-F (data):

Assinatura: () CRAP-G (data):

Assinatura: () CRAP-H (data):

Assinatura: () CRAP-I (data):

Assinatura: () CRAP-J (data):

Assinatura: () CRAP-K (data):

Assinatura: () CRAP-L (data):

Assinatura: () CRAP-M (data):

Assinatura: () CRAP-N (data):

Assinatura: () CRAP-O (data):

Assinatura: () CRAP-P (data):

Assinatura: () CRAP-Q (data):

Assinatura: () CRAP-R (data):

Assinatura: () CRAP-S (data):

Assinatura: () CRAP-T (data):

Assinatura: () CRAP-U (data):

Assinatura: () CRAP-V (data):

Assinatura: () CRAP-W (data):

Assinatura: () CRAP-X (data):

Assinatura: () CRAP-Y (data):

Assinatura: () CRAP-Z (data):

Assinatura: () CRAP-A (data):

Assinatura: () CRAP-B (data):

Assinatura: () CRAP-C (data):

Assinatura: () CRAP-D (data):

Assinatura: () CRAP-E (data):

Assinatura: () CRAP-F (data):

Assinatura: () CRAP-G (data):

Assinatura: () CRAP-H (data):

Assinatura: () CRAP-I (data):

Assinatura: () CRAP-J (data):

Assinatura: () CRAP-K (data):

Assinatura: () CRAP-L (data):

Assinatura: () CRAP-M (data):

Assinatura: () CRAP-N (data):

Assinatura: () CRAP-O (data):

Assinatura: () CRAP-P (data):

Assinatura: () CRAP-Q (data):

Assinatura: () CRAP-R (data):

Assinatura: () CRAP-S (data):

Assinatura: () CRAP-T (data):

Assinatura: () CRAP-U (data):

Assinatura: () CRAP-V (data):

Assinatura: () CRAP-W (data):

Assinatura: () CRAP-X (data):

Assinatura: () CRAP-Y (data):

Assinatura: () CRAP-Z (data):

Assinatura: () CRAP-A (data):

Assinatura: () CRAP-B (data):

Assinatura: () CRAP-C (data):

Assinatura: () CRAP-D (data):

Assinatura: () CRAP-E (data):

Assinatura: () CRAP-F (data):

Assinatura: () CRAP-G (data):

Assinatura: () CRAP-H (data):

Assinatura: () CRAP-I (data):

Assinatura: () CRAP-J (data):

Assinatura: () CRAP-K (data):

Assinatura: () CRAP-L (data):

Assinatura: () CRAP-M (data):

Assinatura: () CRAP-N (data):

Assinatura: () CRAP-O (data):

Assinatura: () CRAP-P (data):

Assinatura: () CRAP-Q (data):

Assinatura: () CRAP-R (data):

Assinatura: () CRAP-S (data):

Assinatura: () CRAP-T (data):

Assinatura: () CRAP-U (data):

Assinatura: () CRAP-V (data):

Assinatura: () CRAP-W (data):

Assinatura: () CRAP-X (data):

Assinatura: () CRAP-Y (data):

Assinatura: () CRAP-Z (data):

Assinatura: () CRAP-A (data):

Assinatura: () CRAP-B (data):

Assinatura: () CRAP-C (data):

Assinatura: () CRAP-D (data):

Assinatura: () CRAP-E (data):

Assinatura: () CRAP-F (data):

Assinatura: () CRAP-G (data):

Assinatura: () CRAP-H (data):

Assinatura: () CRAP-I (data):

Assinatura: () CRAP-J (data):

Assinatura: () CRAP-K (data):

Assinatura: () CRAP-L (data):

Assinatura: () CRAP-M (data):

Assinatura: () CRAP-N (data):

Assinatura: () CRAP-O (data):

Assinatura: () CRAP-P (data):

Assinatura: () CRAP-Q (data):

Assinatura: () CRAP-R (data):

Assinatura: () CRAP-S (data):

Assinatura: () CRAP-T (data):

Assinatura: () CRAP-U (data):

Assinatura: () CRAP-V (data):

Assinatura: () CRAP-W (data):

Assinatura: () CRAP-X (data):



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10 / 11 / 16

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

J715d4

NOME DO PACIENTE:	Francisco das Chagas Sampaio	PRONTUÁRIO N°:	306304
DIAGNÓSTICO:	TUT PUTDTIB	CIRURGIA:	TUT
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	05 CRM 2660 SETOR DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CPF 748.634.931-3
CIRURGIAO:	W. J. Lopes - TAC	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	H. Loureiro	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Vanessa	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA N° 7,5	PAR	07	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N°	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	12	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	BPWA
JELCO N°	UNID.	—				16 MAIO 2017	CONFERIDO NÃO VERIFICADO
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.		—		Oscemas — 07 unid.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		Eletrodos — 05 unid.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.		—		Crepon — 02 unid.			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.		—		Dreno succos 3.2 — 01 unid.			
ALCOFIL		—					
MONONYLON	20	03					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL	0	03		CIRCULANTE: Sara			
PROLENE		—					

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	FEDERICO CRISTOS SOBRINHO		
Diagnóstico pré-operatório	FRACO D'ARTERIA TIBIAL		
Operação - Tipo	RIFLE		
Cirurgião	LADISLAO		
2º Assinante			
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestesiada(a)	Dr. LUCAS FONSECA Medico Anestesiologista CRM-PI-1474 / CPF: 03030303030		Rogério
Data da Operação	10/11/16	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DNAF CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017		
Relatório Imediato do Patologista	GENTE SEGURADURA S.A. Avia Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470		
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
DDr DASSENROSCUP mesmo menor 5 mm Dicas Técnicas 16 Suturas BOM			
Cirurgia de urgência e emergência com o Dr. L. L. S. FONSECA 2006.1. Se. Pront. 2012.1			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Olívo Tito 1020 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO** (Prontuário: 306104)

Endereço: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 06/11/1972 Idade: 44a:2m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 177524

Requisição: 694300 Solicitação: 10/11/2016 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

Controle: 866792 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LENTO 221

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 10/11/2016

JOELHO

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

- Fratura cominutiva na tibia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tibia proximal com fixação metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2017

DEPARTAMENTO DE BIMESTRE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
 Profissional Responsável

João Antonio



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO** (Prontuário: **306104**)

Endereço: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 06/11/1972 Idade: 44a:2m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 177524

Requisição: 694300 Solicitação: 10/11/2016 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

Controle: 866792 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 221

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 10/11/2016

JOELHO

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

- Fratura cominutiva na tibia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tibia proximal com fixação metálica.

(JOAO ANTONIO)

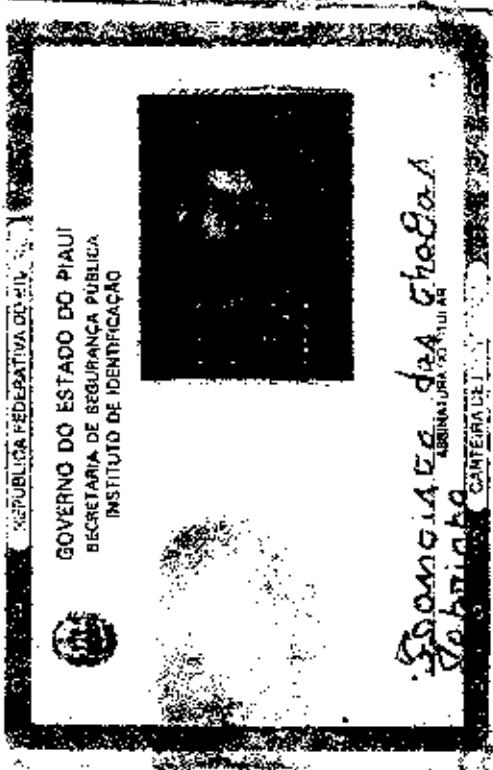
TERESINA - PI 24/01/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



REGISTRO DE NACIMENTO NO TERRITÓRIO NACIONAL

1.261.014 DATA DE
NASCIMENTO 13.Abr.91

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

Antonio de Paulo Gomes
Mutia Pereira Gomes

Esperantina-PI 06.Nov.1972

Muse, 24.638 Liv. 38 fls 88-V Res.
Caritiba-Ma 29.11.74

[Handwritten signature]

7 - DL 200/0083

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Françisco das Chagas Sobrinho,

RG nº 1.261.014, data de expedição 16/04/91, Órgão SSP-PI,

CPF nº 453.425.763-91, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Nidolino</u>
Número	<u>2864</u>
Apto / Complemento	<u>Plantão Manguai</u>
Bairro	<u>Vale quem tem</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64057030</u>
Telefone de Contato	<u>86 - 98128-3786 - 99922-4729</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Noroeste CEP: 64.002-470

Local e Data: Teresina, 06-03-17

Assinatura do Declarante:

Eletrobras
Distribuidora Sul

Pode contactar com a
Eletrobras - Informe
esta Nf04000

8663641-1

COMPAGNA ELETRÔNICA DO PIAUÍ
Av. Almirante Barroso - Centro/Cidade - Teresina - PI
CNPJ 00.98.407.81-0001-09 / Inscrição Estadual 1.203-3
Até Fevereiro/Companhia Energética do Piauí - S.A. - Eletrobras
Região Operacional da Imprensa: Piauí e Maranhão

NF da Nota Fiscal 000776798

A Periodicidade de Envio é Bimestral - Válido até Maio/2017
pode ser alterado a qualquer momento ou dia 26 de cada mês de 2017

JANEIRO/2017 26/01/2017 131 57,29

FRANCISCA DE FATIMA GOMES
R. HIDROLINA 2864 B-UREBANO
CPF: 0004116373732
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 13.001.00.27.111400

DETALHAMENTO DA NF		DETALHAMENTO DA NF	
Abertura:	18135	Abertura:	20/01/2017
Anterior:	18004	Anterior:	21/12/2016
Consumo de Relatório:	1.800	Próxima Leitura:	16/02/2017
Consumo Médico:	131	Entrega:	20/01/2017
Consumo Retornado:	131	Arquivamento:	20/01/2017

MORAL

36

Código Endereçado	Linha	Observação	Justificativa	Caixa Faz.	Nota fiscal
RESID. EX. RENDA	NOVO	ABONO 16	1.4.1.1	107	

DETALHAMENTO DA NF		DETALHAMENTO DA NF	
DEZ/16	110	CONSULADO	30 A R\$ 0.202367 = 6,06
NOV/16	125		70 A R\$ 0.345100 = 24,36
OUT/16	112		31 A R\$ 0.517797 = 36,63
SET/16	117	CONTR. ILUMINACAO PBL. (COSIP)	3,48
AGO/16	107	DIFERENCA DE TARIFA	30,67
JUL/16	95	SUBVENCAO BAIXA RENDA	23,11-
JUN/16	105		
MAR/16	94		
ABR/16	91		
JAN/16	108		
TOTAL SEM TIRADAS:			
21.61	- 1.516,00		
25,79	- 1.300,00		

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

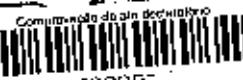
16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

RENDIMENTO ADICIONAL 6809.4568.6123.5164.01E3.88DF.2A2C.002D

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
21,61	76,92		
25,79	20,00		

14,34



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado - 3323	02 Data do chamado 12/01/16	03 PRO (código) 2909	04 Saída do PA 22/01	05 Chegada ao local 22/01/16	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 22/01/16	07 Chegada ap 1º hospital 22/01/16	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Av. 15 de Novembro	11 Bairro Bom Jesus	12 Município-UF Teresina	Código IBGE		
Acidente de Transporte	13 Ponto de referência trilhos	14 Nome Francisco das Chagas Sobrinho	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	16 Idade 14	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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	
Hospital de Destino	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	23 Glasgow = 15	
Observações Interdisciplinar	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	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. Sat02	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa Sem Dor	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	Aspiração Oxigênio Curativos	Proncha longa/curta Calor cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Accesso Venoso Medicamentos a) b) c)	
	32 Hospital de Destino	HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Não Removido	
	Paciente vítima de acidente de trânsito apresenta doloridade na região da perna e do joelho (E) Paciente relata dor intensa na perna lado ESQUERDO.					DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
	16 MAIO 2017					GENTE SEGUROADORA S.A.
						Rua Coelho de Resende, 465 Loja 0 Centro - Norte CEP: 64.002470
	Socorristas Médico AE/TE	Regina	Enfermeiro Condutor	Jairson		
	Responsável pela recepção					

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Incidência de IML



Eu, Francisco das Chagas Sobrinho, portador da carteira de identidade nº 1.361-014 e inscrito no CPF/MF sob o nº 453.445.712-91, residente e domiciliado na Rua Hidrolina, 2864, Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Uder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



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



596 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000837/2017-737



Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 17/02/2017 - 15:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

359756

Data/Hora

20/05/2016 - 21:50

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. QUINZE DE NOVEMBRO, Nº:

Complemento

Bairro

TODOS OS SANTOS

Ponto de Referência

TRILHOS, CLUBE DO VALDEMAR ALUÍZIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 1261014 SSPPI PI

Mad: MARIA PEREIRA GOMES

Pai: ANTONIO DE PAULO GOMES

Endereço: RUA HIDROLINA, Nº 2864

Bairro: PLANALTÔ URUGUAI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9422-6376

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA Av. ACIMA CITADA, NO SENTIDO NORTE/SUL CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2011, MÓDELO 2012, COR PRETA, PLACA ODV-3095-PI RENAVAM 00331505797, PROPRIETÁRIO FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VENDO A CAIR E SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3323 E ENCAMINHADO AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 308104, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Francielede Lima Cordeiro
Francielede Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco das chagas sobrinho
FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 665 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Delegado de Polícia

AVERBAÇÃO AO B.O. DE N° 837/2017-73

AVERBA-SE A ESTE B.O. PARA INFORMAR QUE A DATA CORRETA DO ACIDENTE É:
20/10/2016.

TERESINA, 15 DE MAIO DE 2017

Francisco das chagas sobrinho

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

AVERBANTE



Francileude Lima

FRANCILEUDE LIMA

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

AVERBAÇÃO AO B.O. DE N° 837/2017-73

AVERBA-SE A ESTE B.O. PARA INFORMAR QUE A DATA CORRETA DO ACIDENTE É:
20/10/2016.

TERESINA, 15 DE MAIO DE 2017

Francisco das Chagas Sobrinho

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

AVERBANTE



Francileude Lima

FRANCILEUDE LIMA

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP. 64.002470

Seguradora

LIDER
Adesão à Fórmula de Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização do pagamento

-0014-

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Françisco das Chagas Sobrinho

SEGURO(A) DO RG N° 1.261.014 EXPEDIDO POR S.D.P - 21 EM 16/04/91 E

33993323210-91 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO pintor

INDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Françisco das Chagas Sobrinho. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 5.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017 *H*

CENTRAL DE SINISTROS
LIDER SEGURO S.A.
Av. Celso Furtado, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0855 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 87151-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0855 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 87151-7

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

Jerônimo, 06 de Maio, 2017
LOCAL E DATA

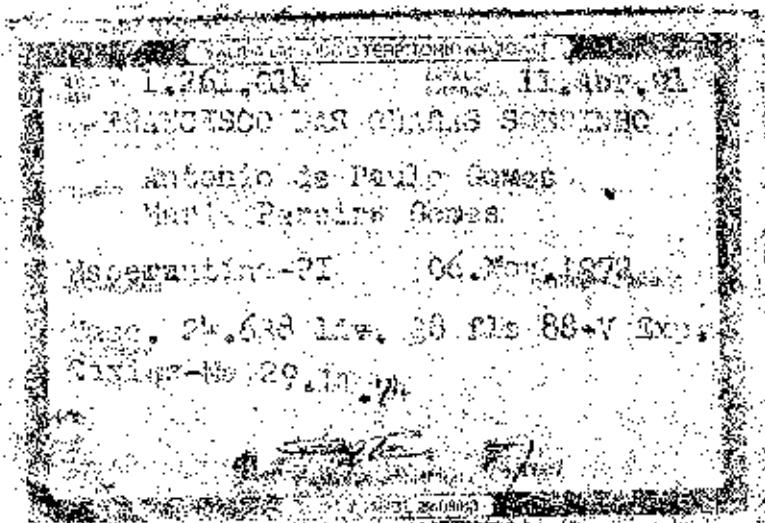
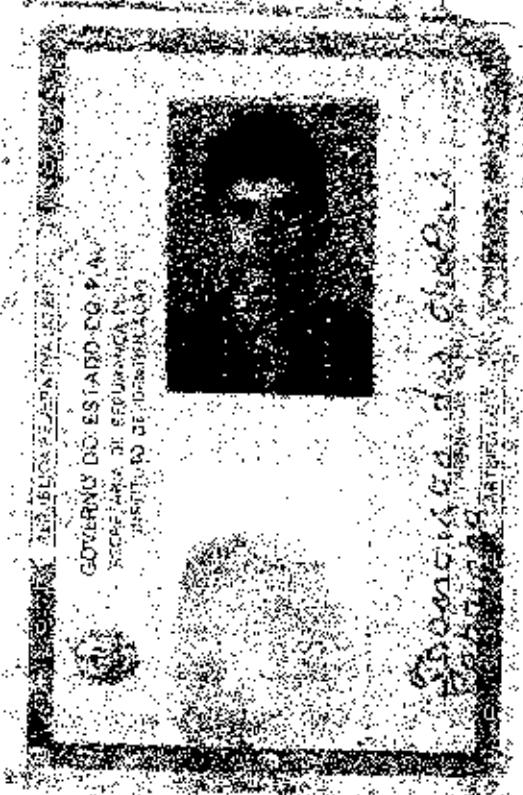
Françisco das Chagas Sobrinho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAF
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





DÉPARTEMENTO DE SINISTROS
DÉPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 463 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

*Free
Wanderlust
Gaudi's Original
97-02-1*

NOME DO PACIENTE: Francisco das chagas corrente

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 306184

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]

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 Pinto 6820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 20/10/2016 13:02:03

© 2000 Marca Personal

~~100-1000~~

<u>Nome:</u> FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO		<u>Prontuário:</u> 306104
<u>Mãe:</u> MARIA PEREIRA GOMES	<u>Pai:</u> ANTONIO DE PAULO GOMES	
<u>End.Razão:</u> Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 06/11/1972	<u>Idade:</u> 43a:11m:14d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> - -
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNIS:</u> 704609707553830
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> CPF: - - -
<u>G. Instrução:</u> Não informado.		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End.Local.:</u>		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 576684 Data: 20/10/2016 22:56:32 Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Objetivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) Convênio: S B S
Id. Trab.: Sim Acid. Trajeto: Sim Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	ORTOPEDISTA	Laranja

Breve História:

DEFORMIDADE EM PERNAS ESQUERDA POR TRAUMATISMO EM ACIDENTE DE MOTO AO CAIR EM TELHOS DO TREM, NÃO INTENSO, NEM OUTRAS QUEIXAS.

Professional Class: Biaggio

10 of 10

• 100 •

DADOS CLÍNICOS: (Hora): : :

DEPARTAMENTO DE BIMBIOPSIA DPMAT	<i>W positive Potts fundo</i>
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	<i>an Roberts + Talo + RA</i>
16 MAIO 2017	<i>+ Talo + RA</i>
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 54.002-470	
PA _____ X mamig _____ PUSC: _____	FC: _____ bpm Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:	des
	CD:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*2-19
W.M.C.
S.A. 100*

MOTIVO DA ALTA ENCERRAMENTO:

Se Informação, indique o Procedimento e CID

DATA: / / HORA: : 04050551 S8d

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

FMS

SUS

A.I.H.: 221610375425-0
LINI: E-H-11-1-1 PROF. / ENIN. RENALDO

strar (AIB)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO
DE INTERNAÇÃO HOS.

Identificação do Estabelecimento e

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TI

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3-S-Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO**4-CNES
58288565-Código da
Internação:
1768297-CNS: **704609707553830**8-Nascimento: **06/11/1972**

9-Sexo: Masculino

6 - Prenumerado: **306104**11-Mae: **MARIA PEREIRA GOMES**RG: **1261014 - SSP**13-Resp: **(O MESMO)**12-Fone: **—**15-Ender: **POVOADO CACIMBA VELHA**

COM BOLETIM CIV/ANEST

14-Cor: **Parda**16-Munic: **TERESINA**17-Cod.IDGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com fasciovascular lateral.

21 - Condições que justificam a internação:

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

16 MAIO 2017

23-Diagnóstico Inicial:

GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 455
Centro - Norte CEP: 64.000

Gangrena não classificada em outra parte

R02

PROCEDIMENTO SOLICITADO

J-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 811.397.483-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

MARcos AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA 02/11/2016

35-Ass. Carimbo Méd. Rg. Conselho

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- () Acidente de Trânsito
37- () Acidente Trabalho Típico
38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

43 - Vínculo com a Previdência:
1) Empregado 2) Empregador 3) Autônomo 4) Desempregado 5) Aposentado 6) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

48-Documento: 49-Num. Documento:
1) CNS 2) CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: Francisco das Chagas Sobrinho

050.20701-099 - Cadastro Fisca
Título Auditor DRCAA/SMS
CPF: 025.800.753-15
C.R.E: 20362355/M03/004

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Assinatura: Francisco das Chagas Sobrinho
Data assinatura: 02/11/2016 09:05:01
Assinatura: Francisco das Chagas Sobrinho
Data assinatura: 02/11/2016 09:05:01
Impressão: 02/11/2016 09:05:01

176829

Fls. Nº _____
 Proc. Nº _____
 Rubrica _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/11/16

NOME DO PACIENTE:	F. L. das Chaves Sobrinho	PONTUÁRIO Nº: 306104
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:		Nº DA SALA: 07
CIRURGIÃO:		CPF Nº:
AUXILIAR:		CPF Nº:
ANESTESIA:		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: G. Aguiarolo		CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 615, 210 e 215	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 810 e 815	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	900	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO N°	UNID.	01		Erepoly	UNID.	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				outro			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				vermelho			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				verde			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				azul			
ALCOFIL				verde			
MONONYLON	9-0	03		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: Evaldo			
VICRYL							
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA:
 Rua Coelho de Resende, 465
 Centro - Niterói - CEP: 24.000-002



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco dos Olhos Sobrinhos

Diagnóstico pré-operatório

Fasciotomia lateral

Operação - Tipo

Debridamento + Fechamento de

Cirurgião

Dr. Marcos Vazquez

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(s)

Data da Operação

Ínicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-460

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(1) Paciente em decúbito dorsal, sob raqueanestesia e intubação de MIE (2) Colocação de equipos (3) Dissecção de alta lâmina de fasciotomia lateral (4) Aproximador de bordos (5) Atraçã

OBS: Período normal oper procedimento. Seus pupilas
outros do procedimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESÓPOLIS

DATA DO PRESENTE:	18 MAIO 2011
CEP:	62.902-010
ENDEREÇO:	Rua Goiaba de Resende, 465 Lote C
NOTA:	
GERENTE SEGURADORA:	S.A.
DEPARTAMENTO DE UNIFORMES:	DPUVAT
CONTRATO NÃO VERIFICADO:	

RESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO																														
Francisco das Chagas Sobrinho	306104	209	223	186																															
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES																																	
06:50 03/11/11	29/10: Hb: 8,5 Ht: 25,8 Leuco: 2400 Plaq: 312000 TTPA: 34,2	UF: 24 CR: 06 CPK: 1743 Na: 138,8 K: 3,84 Ca: 11,140	#1º DPO de fechamento de fasciotomia lateral; #6º DPO de fechamento de fasciotomia medial; #12º DPO de cirurgia ortopédica e vascular (Trauma em H1E)																																
		ALERGIAS:																																	
		Rashomon - FEVER																																	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES																																
			SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>T</th> <th>P</th> <th>E</th> <th>S</th> <th>OB.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td>91</td> <td>176</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>96</td> <td>102</td> <td>134</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>96</td> <td>97</td> <td>138</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>96</td> <td>97</td> <td>138</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>09:30 Realizado retilhado s/ náuseas da ponte superior RMI. Sem intercorrências. Alcool Gvt. Boa Tolerância.</p>			HORA	T	P	E	S	OB.	12	91	176				18	96	102	134			24	96	97	138			06	96	97	138		
HORA	T	P	E	S	OB.																														
12	91	176																																	
18	96	102	134																																
24	96	97	138																																
06	96	97	138																																
			<p>3) Dieta oral livre. C/ restringida 2/3 de 2274</p> <p>2) SE 0,9% 2000 ml. EV 895ml/min</p> <p>3) Dipirona 500mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 6/6h</p> <p>4) Tramal 100mg - 1amp + 100 ml SE 0,9% EV 818h</p> <p>5) Ranitidina 35mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 818h</p> <p>6) Liquemine 5000UI/0,25ml - 1amp SC 818h</p> <p>7) Diazepam 10mg - 1cp VO às 20h</p> <p>8) Dimorf 10mg/ml - 1amp + 9ml AD, fazer 04ml</p> <p>EV (SN)</p> <p>9) MMRI elevados</p> <p>10) SSUU e CCGG: Exame no PRIMON</p>																																

MÉDICO/CRM: PULP 1207 - 09 - 01 - 0705 Raffaello Júnior
Ano: 2011 - 02 - 02 - 0900 / 10/11/2011

Assinatura: S. de...
Data: 01/11/2011

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - FUS - UFRJ

IDADE _____ ANOS

DATA 03/04/2016

DME Grau I e II das Chagas Sobrinho

ORÁRIO DE ADMISSÃO 9 hs 30 min

TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PÉRUDRAL

RURGIA REALIZADA Debridamento e Frenose

MÉTODOS

HORÁRIO

SAÍDA

14h 68899899100

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente: <i>Desacicalos das Chagas Sobrinhos</i>		
Diagnóstico pré-operatório: <i>Fasciotomia</i>		
Operação - Tipo: <i>Desacicalamento + Fechamento de ferida</i>		
Cirurgião: <i>Dr. Marcos Vazquez</i>	1º Assinante	2º Assinante
Instrumentador(a): <i>Jacksony</i>	Anestesista: <i>Hilton Mello dos Sombrios</i> CRM 10122 / COORDENADOR	Anestesia: <i>Rafael</i>
Anestésico(s): <i>Hitoxal 10% + Fisioglóxico</i>		
Data da Operação: <i>28.10.2016</i>	Início: <i>11:30</i>	Fim: <i>12:20</i>
Diagnóstico Pós-operatório:		DEPARTAMENTO DE BIMBIOS DR VAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <i>16 MAIO 2017</i>
Relatório Imediato do Patologista: <i>✓</i>		
Acidente Durante a Operação: <i>- Seca intercostal.</i>		

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

1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia ② Assepsia e higiene de pele ③ Colocação de campo ④ Exibe desfazimento medial e lateral superior (SEM PULSOS DISTALIS), que com perfusão boa ⑤ Fechamento de fasciotomias medial (sem tração) ⑥ Cerrativo

OBS: Perda de mitralizada, ao término do procedimento



Órgão Emissor: M221100001

ATH : 2216-0170460-8
UNI : HUT (PROF. ZENON RODRIGUES)

NASCIMENTO

06/11/1972

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

DT LIBERA: 29/10/2016

DT PRODUZ: 21/10/2016

PROCED.: 0415030013 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

OP.SIST: WELLINGTON

CID : SB50

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828856

175893

LAUDES PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

3-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553630 8-Nascimento: 06/11/1972 9-Sexo: Masculino

CPF:

11-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12-Fone:

13-Resp: (O MESMO)

14-Fone:

15-Ender: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 321100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18-Cod. Proced. Anterior	18' - Procedimento Principal Anterior / Descrição
0406020515	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL
21-Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
0415030013	TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

22-Cod. Proc. 26-Diagnóstico:

26-CID Sec.: 25-CTD C. Rad.:

5850 ?

38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:
MARTONTO DE ASSUNCAO CORDEIRO	CPF
39-Data Solicitação:	41-No. Doc. Méd. Solicitante:
21/10/2016	496.819.233-91

Dr. Martonto de Assuncao Cordeiro
CRM-PB 025.500.753/15
Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM LESÃO VASCULAR DE ARTERIA POPLITEA + FASCIOTOMIA

0406020515- S850

0408050080- T796.

AUTORIZAÇÃO		42-Data Autorização:	43-CNS/CPF:
44-Nome do Profissional Autorizador:	45-Data Autorização:	08/10/16	José Coqueiros Cordeiro Filho Médico Auditor DRCAA/SMS CPF: 025.500.753/15 CNS: 203633990030000
51-Justificativa da 'NÃO' Autorização:	52-CNS/CPF:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50- Nome do Profissional/parecer controlador de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
DPVAT	(VALERIA SALES)
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
16 MAIO 2017	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP: 64.002-470	

FMS

SUS

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Órgão Emissor: #221100001

LAÚDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO	6 - Prontuário: 306104		
7-CNS: 704609707553830	8-Nascimento: 06/11/1972	9-Sexo: Masculino	10-RG: 1261014 - SSP
11-Mae: MARIA PEREIRA GOMES	12-Fone:	13-Endr: (O MESMO)	14-Cor: Parda
15-Ender: FOOVADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010	16-Cod. IBGE: 221100	17-UF: PI	18-Cidade: TERESINA - PI
19-Munic: TERESINA	20-Bairro:	21-Cep:	22-DISTrito:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

23 - Principais sinais e sintomas clínicos:	16 MAIO 2017
<i>Dolor & dor de artéria poplítea espalhado</i>	CONTEÚDO NÃO VERIFICA
	GENTE SEGURADORA S Rua Coelho de Resende, 465 Lote Centro - Norte CEP: 64.002-040

24 - Condições que justificam a internação:	<i>L25 de dor na poplítea espalhada</i>
---	---

25 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	<i>fran o sgo</i>
26-Diagnóstico Inicial:	27-Procedimento Solicitado:
traumatismo da artéria poplítea	0406020515 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0406020515	29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 496.819.233-91	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARTONIO DE ASSUNCAO CORDEIRO	34-Data Solicitação: 21/10/2016	35-Ass.Carmimbo Med.Sol. (CRM): CRM-PI 2743
----------------------------	-------------	------------------------	---------------	-------------------------------------	--	---------------------------------	---

Exame de angiografia / Cirurgia vascular

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	37- <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	38- <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº. Billeret:	41-Fone:
			42-CNPJ Empresa:	43-Nome Empregador:	44-CEP:

45 - Vínculo com a Previdência:	<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado
---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Docamento:	49-Num. Documento:	50-Ass.Carmimbo (Rg.Conselho):
	<i>251016</i>			<i>José Francisco Carvalho Filho Medicina Interna (CRM-PI 2743) CRM-PI 2743 CNS 20311120005101 Ass.Carmimbo (Rg.Conselho)</i>
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Residir:	53-Consulta inicial:	54-Consulta dupla:	55-ultimo atend.
	<i>Maria Batista</i>	<i>STERPA</i>	<i>STERPA</i>	<i>ultimo atend.</i>

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>Francisco das Chagas Soberinho</i>	PRONTUÁRIO	<i>306-04</i>
DA CLÍNICA	Cirurgia	LEITO	<i>223 / 186</i>
A CLÍNICA	Neurologia		

Teste 9

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente automobilístico com 2º DPO de emergência ortopédica e vascular com dissecção de artéria poplítea e reconstituição com safena. Sigue comparestes e necessita avaliação.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

DATA: *23/10/16*

CRM-PI 3246
Angiologista e Cirurgião Vascular
Wagner G. de Noronha Andrade

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Não basta

HDI - Neuropatia

Periférico direito

Pt com queixa de periorbita em ME, predominantemente na região do peito do pé, no andar e sensibilidade tímida, dor e vibração em menor intensidade, pulsos perifericos preservados, pressão reduzida à 2.

Col: Suporte Clínico

A disposição para audição.

D. Vildárcio Alves de Sousa
CRM-PI 3246
Av. Higino Carneiro, 510 - São Luís
Teresina-PI

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: *1/10/16*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENFERMAGEM	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				OBSERVAÇÕES		
21/10/2016 T6	<p>POL # Extrem Izq aberto profundo, e osso clássico intus roptado ??</p> <ul style="list-style-type: none"> - Narts preto em sola operária - Anel de aquidão - AOS audíbulos do crânio da cal. Iugular! <p>Dr. Celso Vaz da Cunha Neto Médico Ortopedista CRM PI 3030</p>			<p>Platoflux 03:50 - Conforme solicitado, pelo cirurgião ortopedista paciente per- manece em sala, operatório. Os cuidados de enferma- gem realizado troca de USF 6,9% quando transcor- rido tempo de infusão, reali- zado administração da medicação conforme prescritas do anestesiolo- gista após episódio de vômito. Paciente segue respondendo com SSW estáveis, segundo mobilita- do gárgalo de anestesia, continua aguardando cirurgião vascular Dr. Jorge Michelle e Wilker.</p> <p>6:30 - FC 69 bpm, SpO2 100% PA 17/65 mmHg</p>		
6:30	<p>FC 69 c/ duração /</p> <p>TM = 120 / Freq / SD</p> <p>(6) - Tensão Mod - Freq /</p> <p>De OXIMON - Freq / 10sd / 6.35</p> <p>SD 4.3 - 2.5</p> <p>FC 69</p>					
		DEPARTAMENTO DE INSTRUMENTOS				
GENTE DESEJADORA SAI	CONTEÚDO NO VERIFICA	DATA				
Rua Juçá de Resende 655 Loja Centro - Norte CEP 64.000-047	16 MAIO 2017	09/05/2017				
MOD 007 - HUT						

Francisco das Chagas Sobrinho IDADE anos DATA 28/10/2016

HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Desbridamento e Fasicilectomia pele ➔ CIRURGIÃO

SINAIS VITais	(E)	HORÁRIO
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	ADMISSÃO	SAIDA
109/58		120/69
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	106	101
SATURAÇÃO DE O2 (%)	95%	96%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	Andrea Nunes Feitosa da Silva Técnico de Enfermagem	
NOME/ MATRÍCULA	COOPR. F. 100001	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK			ADMISSÃO	SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	TOTAL	09	19 <small>Pronto</small>
ESCALA DE DOR ALTA	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	ASS. M ^a	100% DESCONSCIENTE	100% CONSCIENTE

SONDA VESICAL	() DREN. DE SUÇÃO	() DREN. TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG. () NASOE
hs	ml	hs	ml	hs	ml
hs	ml	hs	ml	hs	ml

VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

32:45 Admitido na 3PPN em PCP de deliriantes e psicóticos para o. Sua evolução é regular. Concentra, calmo, expressões espontâneas e agradáveis. Faz com facilidade tarefas simples.

INTRODUÇÃO
DATA: 20/10/17
ENFERMEIRA: 200517

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDICO
DR. VASCONCELOS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

ESCRITÓRIO MÉDICO

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dra. Milena Ribeiro - CRM-PB 64.0024

ANESTESIOLOGISTA

CRM-PB 4741

ANESTESIOLOGISTA

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

DSTO: () () () EMERGÊNCIA PED. UTT () PED () NEURO () GERAL () QUEIM. CLÍNICA () PED () ORT () NEU () ORL () MÉD

Pes - 223 / 186

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOR
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

RAH : 221610172090-0

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO NASCIMENTO: 06/11/1972

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Data Liberação: 27/10/2016

DT. LAUDO: 20/10/2016

PROCED.: 40808050683 TRATAMENTO CIR. RÍGIDO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇ.

OP. SIST.: WELLI STUN

CÓD.: 5821

DATA:

SIGNATURA:



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Zone 1

Orthopedic

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente:

Diagnóstico pré-operatório:

Operação - Tipo:

Clínico:

2º Assinante:

Instrumentador(a):

Anestésico(a):

Data da Operação:

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Acidente Durante a Operação:

Anestesista

Anestesia

Início

Fim

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
DR VAVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 463 Loja C
Centro - Nhoz CEP: 64.002470

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal, sob raqueanestesia
- ② A exposição é feita via MI
- ③ Colocação de equipos
- ④ Dissecção da arta flóss de fasciotomia lateral
- ⑤ Proximacão de bordos
- ⑥ Avançado

OBS: Período normal operatório. Sem peritos outros do procedimento.

AIH: 221610177999-3
UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

AUXÍLIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Ass. MÉDICO RESPONSÁVEL

524

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

CRM SOLICITANTE/CUR/ANEST

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553830

8-Nascimento: 06/11/1972

9-Sexo: MASCULINO

RG: 1261014 - SSP

11-Nome: MARIA PEREIRA GOMES

12-Pente: -

13-Recep: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Endere: POCADO CACIMEA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UFT: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

21 - Principais sinais e sintomas clínicos:

— Dor e deformidade
de perna E —

21 - Condições que justificam a internação:

DEPARTAMENTO DE BIMBISTRO

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

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

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Lt.10

Centro - Norte CEP: 64.002-070

Médico: Dr. Vitorino da Costa
Assistente: Dr. Vitorino da Costa
Assistente: Dr. Vitorino da Costa

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

PA-010-Pronto

5821

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.:

02 : 01 CPF 746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAC TSE FRONTIERA DA SILVA FEITOSA

10/11/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

34-CNPJ Seguradora:

35-CPF Reclamante:

36-ANAES:

37-() Acidente Trabalho Típico

40-CNPJ Empresa:

41-NAME Empresa:

42-CODIR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

43-Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () NÃO Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

José Gonçalves Cordeiro Filho

Médico Auditor DRCAA/SMS

CNPJ 025.500.753-15

50-Ass. 02000039900 (Dependente)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Unidades: URAHIA BATISTA

Cristina Ferreira VIEGAS

Conselha SUS

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86.3229.4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO** (Prontuário: 308104)
 Endereço: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/11/1972 Idade: 44a.2m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 177524
 Requisição: 694300 Solicitação: 10/11/2016 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
 Controle: 866792 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 221

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 10/11/2016

JOELHO

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

- Fratura cominutiva na tibia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tibia proximal com fixação metálica.

(JOÃO ANTONIO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

TERESINA - PI 24/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
 Profissional Responsável,

200
 Matéria Própria
 Gerson Luis Medina Prado
 Gerson Luis Medina Prado



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Octo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO** (Prontuário: 306104)
Endereço: Povoado CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/11/1972 Idade: 44a:2m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 177524
Requisição: 694300 Solicitação: 10/11/2016 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 866792 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 221

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 10/11/2016

JOELHO

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

- Fratura cominutiva na tibia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tibia proximal com fixação metálica.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

QDP
Qualidade
e
Profissionalismo



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Franâncio das Chagas Sobrinho

RG nº 1.261.014, data de expedição 16/04/91, Órgão SSP-PB

CPF nº 453.425.713-91, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Hidrolina</u>
Número	<u>2864</u>
Apto / Complemento	<u>Plantio Uruguai</u>
Bairro	<u>Vale quem tem</u>
Cidade	<u>Terezinha</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>64057030</u>
Telefone de Contato	<u>86 - 98128-3786 - 99922-4729</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DPSAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Terezinha, 06.03.17

Assinatura do Declarante:

Franâncio das Chagas Sobrinho

**PARTAMENTO DE ENFIS
BRVAT**

CONTEUDO NAO VERIFICA

16 MAIO 2017

**ENTE SEGURADORA E
a Coelho de Resende, 465 Lo
entro - Norte CEP: 64.0024**



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3323	02 Data do chamado 12/10/15 / 16	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 22/10/15	05 Chegada ao local 22/10/15
Local da Ocorrência	06 Saída do local 22/10/15	07 Chegada ao 1º hospital 22/10/15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. 15 de Novembro	11 Bairro Guilherme	12 Município-UF Teresina	Código IGEPE	
	13 Ponto de referência trilhos				
	14 Nome Francisco das Chagas Sobrinho	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 1			
	16 Idade 14	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 9	
tipo de ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quelmadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - Apé 2 - Automóvel 3 - Motociclista 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 7,5	RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão normal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais P脉so 78 Resp. PA 150x100 TAX Sat ₂ 96	25 Local da lesão
Assistente	26 Pupilas 1 - Igualis 2 - Desiguais	29 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	ESCALA DE DOR DE 0 A 10		
Hospital de Destino	30 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Prancha longa/curta Oxigênio Calor cervical Curativos Kred	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) metformina b) metformina c) metformina	Não Removido
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
	Paciente retorna de acidente de trânsito apresentando deformidade na região da perna e dor intensa no pé. Paciente relata dor intensa na perna ESQUERDA .				
	16 MAIO 2017				
	GENTE SEGUROADORA S.A.				
	Rua Ceará de Resende, 453 Loja 0 Centro - Norte CEP: 64.002-470				
	Responsável pela recepção Rejane	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Declaramos para os devidos fins, que no dia 20/10/2016 foi socorrido pelo SAMU o Paciente. **Francisco das Chagas Sobrinho**, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido pelo SAMU e levado para o Hospital de Teresina-HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou registrando na guia de atendimento a data 20/05/2016 ao invés de 20/10/2016.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Teresina, 15 de Maio de 2017.

[Signature]
Francina Lopes Amorim Neta

Diretora Geral do SAMU-THE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

