

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco das Chagas Sobrinho, portador da carteira de  
identidade nº 1.261.014 e inscrito no CPF/ME sob o nº 452.425.762-91,  
residente e domiciliado na Rua Pinheiro, 2864,  
Cidade Jeremina, 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  
(X) 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 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.

Francisco das Chagas Sobrinho

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Jeremina 06.03.17

Local e data

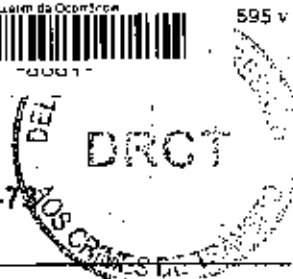
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



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



595 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000837/2017-7

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 TRÁNSITO  
Tipo Local  
VIA PÚBLICA  
Município  
TERESINA  
Endereço  
AV. QUINZE DE NOVEMBRO, Nº:  
Complemento

36 97 56

Data/Hora

20/05/2016 - 21:50

36 39 04

Bairro

TODOS OS SANTOS

Ponto de Referência

TRILHOS, CLUBE DO VALDEMAR ALUÍZIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO  
RG: 1261014 SSP/PI  
Mãe: MARIA FERREIRA GOMES  
Pai: ANTONIO DE PAULO GOMES  
Endereço: RUA HIDROLINA, Nº 2864  
Bairro: PLANALTO URUGUAI  
Cidade: TERESINA  
Telefone(s): 86-9422-6376

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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, MODELO 2012, COR PRETA, PLACA ODV-3096-PI, RENAVAN 00331505797, PROPRIETÁRIO FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR E SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3323 E ENCAMINHADO AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 306104, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Francileide Lima  
Francileide Lima Cordeiro - Mat 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco das Chagas Sobrinho  
FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

O original está  
no Ass: 01 86800-17.

Delegado de Polícia

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

AVERBAÇÃO AO B.O. DE Nº 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

Francicleide Lima

FRANCICLEIDE LIMA

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL



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

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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SL \_\_\_\_\_

Imutável 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.

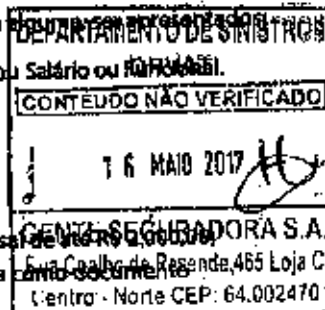
ADOR(A) DO RG Nº 4.264.014 EXPEDIDO POR JEP-P1 EM 16/04/17 E  
45992222-72 /CNPJ 00000000-00000000 PROFISSÃO pequeno  
 RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco das Chagas Sobrinho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou RFP/INSS.
- 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 R\$ 500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta em nome do beneficiário/vítima);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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) 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.

Jeremias 06 de Maio de 2017  
 LOCAL E DATA

Francisco 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
GPVAT	
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
16 MAIO 2017	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C	
Centro - Norte CEP: 64.002470	



## 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
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470





REPUBLICA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES	
DETRAN - PI	
Nº 011242124432	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	CÓD. RENAVAM
1	00331505797
EXERCÍCIO	
2015	
NOME	
FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO	
*****	
*****	
CPF / CNPJ	PLACA
45342571391	ODL-3095
PLACA ANT. / UF	CHASSI
	9C2JC4110BE747162
ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NEHUMA	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB. / ANO MOD.
FIAT / 1.45 2.0 2.0 2.0	2014 / 2014
CAP / POT / CIL	CATEGORIA
022/0124CC	PARTIC
COTA ÚNICA	VENÇ. COTA ÚNICA
1ª	VENÇ. / COTAS
IPVA	2ª
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS
	3ª
	PAGO
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)
SEGURO	PAGO
PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES	
SEM RESTRICOES	
LOCAL	DATA
TERESINA	31/03/2015

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





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

The  
Harris

Sunder

600 ... ..  
97-02-6

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 306104

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

**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:	05/11/1972	Idade:	43a:11m:14d	Sexo:	Masculino
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
ativo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
id. Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	ORTOPEDISTA	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
DEFORMIDADE EM PEÇA ESQUERDA POR TRAUMATISMO EM ACIDENTE DE MOTO AO CAIR EM TRILHOS DO TREV. DO INTENSA. OUTRA QUEIMAS.		MARCO ANTONIO GOMES ROCHA CRM 274243 Dat 20/10/2016 23:02:00	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONSELHO NÃO VERIFICADO 7 E MAIO 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Nort. CEP: 64.002470	PA: <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> FC: bpm Temp.: Pulso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diagnóstico inicial:	CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:


### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: : :	Procedimento e CID
		0405050551 5801
		CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



ATA: 221510175220-0  
UNI: H-011 PRIB. / EMU. RIT/HA

alar (ATH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO I DE INTERNAÇÃO HOS:

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

U.LIBERA: 08/11/2016

PRUCF: 0415040035 DEBRIDAMENTO

UP.SISI: OLUPENUR

UIP: R02

U.L. LIBERADO PARA O TRABALHO  
DEB. 08/11/2016  
PRUCF: 0415040035 DEB. 08/11/2016  
UP.SISI: OLUPENUR  
UIP: R02

HSG. ASS. RESPONSÁVEL

Código da  
Internação:

A-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-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12-Fone: -

13-Resp: (O MESMO)

COM BOLETIM CIR/ANEST

14-Cor: Parda

15-End: BOVADO 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 fasciotomia 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: 64.002470

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:  
02 01 CPF 811.397.463-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

02/11/2016

Dr. Marcos A. Pereira de Araujo Varanda  
Médico Assistente  
HUT

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

08/11/16

OSG CONGRUO CONTRATO FVW  
Médico Auditor DRCA/SMS  
CPF: 055.600.753-15  
CNPJ: 20.928.000/0000-00

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Francisco das Chagas Sobrinho

02/11/2016 09:05:07



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº 176829

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/11/16

NOME DO PACIENTE: F <sup>te</sup> deis Chaper Sobrinho	PRONTUÁRIO Nº: 306104
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 07
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: E. Azevedo	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, 240 e 715	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 810 e 815	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ÁLCOOL 70%	ML	350		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 Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		Esponja	UNID.	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	9-0	03		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE				CIRCULANTE: Ewaldânia			

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



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco das Chagas Sobrinho		
Diagnóstico pré-operatório	Fasciotomia lateral		
Operação - Tipo	Desbridamento + Fechamento d		
Cirurgião	1º Assinante	Dra. Thaís	
2º Assinante	3º Assinante		
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia	
Anestésico(s)			

Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> DPVAT. CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAR 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
Relatório Imediato do Patologista		

Acidente Durante a Operação
- Sem intercorrências

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Incisão em decúbito dorsal, sob raqui-anestesia
- 2) Aproximação e sutura de MIE
- 3) Colocação de curativos
- 4) Direção de sutura
- 5) Aproximação de bordos
- 6) Curativo

OBS: Perfusão normal após procedimento. Sem perfusões antes do procedimento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESOPOLIS  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESOPOLIS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENÚDO NÃO VERIFICADO  
1 E MAR 2011  
CENTRO SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro Norte CEP: 16.002.240

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE. ou APT.	LEITO
Francisco das Chagas Sobrinho	306104		409	223	186

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO: 06:50 03/11/18  
MÉDICO ASSISTENTE: Na: 1388, Ur: 27, Cr: 06, K: 3.84, Ca: 1.140, Leuco: 8400, CPK: 173, Pla: 372000, TPA: 34.2

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES: #1º DPO de fechamento de parafuso medial, #6º DPO de fechamento de fasciotomia medial, #12º DPO de cirurgia ortopédica e vascular (trauma em MLE)  
ALERGIAS: RASHUOTOMY FELUMON CI BOM MLE

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
Paciente evolui em BEG, consciente, orientado, acalorado, anictérico, normodoroso. AP: MUE bilateralmente. AC: BNE, 2T, RR: SS. Abdomen plano, RHA audíveis. Flácido e indolor à palpação. FO limpa e seca, sem sinais de necrose ou de sofrimento da pele. Sem edema.  
1) Dieta oral livre.  
2) SFO 0,9% 2000 ml EV 8gtts/min  
3) Dipirona 500mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 6/6h  
4) Tramal 100mg - 1amp + 100 ml SFO 0,9% EV 8/8h  
5) Ranitidina 25mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 8/8h  
6) Lixemine 5000UI/0,25ml - 1amp SC 8/8h  
7) Diazepam 10mg - 1cp VO às 20h  
8) Dimerf 10mg/ml - 1amp + 9ml AD, fazer 04ml EV (SN)

HORÁRIO		OBSERVAÇÕES				
		SINAIS VITAIS				
HORA	T	P	R	SA	DI. ...	
12		96		198		
18	36,8	102		154		
24	36,8	90		158		
06	36,8					

09:30 - Realizado retinador pontes da ponte superior MMI. Sem intercorrências. Acad. Gf. bonatista

13:00 = Gracielu sem alterações no pulso direito

9) MMII elevados  
10) SSVU e CCGG  
MÉDICO/CRM: PULP 1000. PA CI UM PAFUSO  
AUM VAS. AD WADIS 02.000000 / 11.01.2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DIPVAT  
COMANDO NÃO VERIFICADO  
16 MAR 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002.470

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



Vascular

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Francisco dos Chagas Sobrinho	306104		PO9	223	186

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO  
02/11/16

MÉDICO ASSISTENTE  
29/10: Hb: 8.5 Ur: 27 Na: 138.8  
Ht: 25.8 Cr: 0.6 K: 3.84  
Leuco: 8400 CPK: 1713 Ca: 1.140  
Pla: 372000 TTPA: 34.2

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES:  
#5º DPO de fechamento de fasciotomia medial.  
#11º DPO de cirurgia ortopédica e vascular (Trauma em MIE)  
ALERGIAS: #Fechamento de fasciotomia lateral agendada para hoje.

Paciente em BEG, consciente, orientado, acianótico, anti-tético, normocorado, hidratado. AP: MVD bilateralmente; AC: BNE, 2T, RR, SS. Abdome plano, flácido, RHA ausíveis. Não apresenta queixas algóricas.

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

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

02) SF 0.9% 2000 ml EV 28 gotas/min

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

04) Dipirona 500mg/ml - 2ml + AD EV 6/6h

05) Tramal 100 mg - 1amp + 100 ml SF 0.9% EV 8/8h

06) Diazepam 10mg - 1cp VO às 20h

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

08) MMII elevados.

09) SSV e CCGG

10) Uquimine 5000 UI 10,25ml - 01 amp. S/S 8/8h

após as 15h.  
MÉDICO/CRM:  
11 HALVON 1 AMP 15M

(C) (C) (C) (C)

força 12 12 12 12  
força 12 12 12 12

08:15 - Encaminhado p/ Centro cirúrgico. PA: 150x11. T: 35°C, P: 110bpm. Sylvana Loren 274047.

11:00 - Retorno do Centro cirúrgico. Sylvana Loren 274047.

SINAIS VITAIS

HORA	T	P	R	SA	DIURESE
12	35	89		14/80	700ml
18	37	65		84/60	600ml
24	37	99		140	1000ml
01	36	108		150	600ml

18: Não foi Dipirona PA: 84x58 infundido p/ supressão de febre

VIRE →

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS-OPERATORIO - CIRURGIA

NOME Francisco das Chagas Sobrinho IDADE      anos DATA 02/11/2016

DRÁRIO DE ADMISSÃO 9 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUÍDICO ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL

CIRURGIA REALIZADA Debridamento e fechamento MRE CIRURGIÃO     

HORÁRIO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>122/69</u>	<u>116/68</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>86</u>	<u>89</u>
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>100P</u>	<u>98P</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>André... nes F... da Silva</u>	
NOME/MATRÍCULA	<u>Tec. 03... 03030303</u>	

INDICE DE ALBERT E KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	2	1	0	2	1	0	2	1	0
Movimenta os quatro membros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem apnéia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20% do nível pré-anestésico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não responde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09

ASS. Klénia Freire Parentes ENFERMEIRA COREN-PI: 484025

ASS. Klénia Freire Parentes ENFERMEIRA COREN-PI: 484025

DISPOSITIVOS ( ) Sonda Vesical ( ) Sonda Naso / Oro ( ) Dreno de Sucção ( ) Colostomia ( ) Dreno Torácico ( ) DVE ( ) OUTROS

OBSERVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09:30 Admitido na SRPA, em POS de debridamento. Consciente, orientado, responsivo ao diálogo. Respirando espontaneamente, sem aporte de O<sub>2</sub> suplementar, com boa "pedra respiratória" MV física. SSVV estáveis.

11:05 Alta da SRPA, recuperando-se satisfatoriamente.

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

76 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

ALTA SRPA

ASS. João Miguel de Andrade Filho CRIMP: 887 - CPF: 138.542.403456

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

POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) 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**

Unidade de Internação Hospitalar (UIH)

Unidade de Internação Hospitalar (UIH)

UIH : 2216101/44/6-9

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

PRIMEIRO-SOZ. (PROF. ZENON ROCHA)

DIAGNÓSTICO: 09/11/2016

DT. LAUDO : 28/10/2016

PROCED.: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA

OP. 0101/101000

LID : 1/97

CPF. ASSIN. RESPONSÁVEL

5828830

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO	6 - Prontuário: 306104
7-CNS: 704609707553830	8-Nascimento: 06/11/1973
11-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES	5-Sexo: Masculino
13-Resp: (O MESMO)	RG: 1261014 - SSP
15-End: POVOADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010	12-Fone: -
16-Munic: TERESINA	14-Cor: Parda
17-Cod.UBS: 221100	18-UF: PI
19-CEP: 64000-010	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	<i>Fasciíte de paronígia</i> <i>E.</i>
21 - Condições que justificam a internação:	<i>ANEXOS 31</i> <i>ANEXOS 32</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	
23-Diagnóstico Inicial:	
24-Doença periférica em doenças classificadas em outra parte	

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-Cod.Proced.: 0415040035	27-Procedimento Solicitado: DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	16 MAIO 2017
29-Clinica:	30-Caráter: Idenc.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Sol: 02 01 CPF 811.397.483-0	GENTE SEGURADORA S.A.
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	34-Data Solicitação: 28/10/2016	Rua Coelho de Resende, 465 Loja Centro - Norte CEP: 64.023-70

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	37- ( ) Acidente Trabalho Típico	38- ( ) Acidente Trabalho Trajetos
45 - Vínculo com a Previdência:	( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado	

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:
50-Assinatura Paciente ou Responsável:	51-Data Assinatura:	52-CPF Assinatura:	53-Data Assinatura:
<i>Charles Rodrigues dos Anjos</i>			

1764 29

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28/10/16

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco das Chagas Lobato</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>07</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcos Vasconcelos</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. R. Vasconcelos</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADOR: <u>Dr. Jackson</u>	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>W 24</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.15</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML			PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPALMADO DE SINISTROS	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALA DE N.º	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500 ml</u>	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO	UNID.			<u>Cateter 02</u>		01	
MONONYLON <u>2-0</u>		04		<b>OCCORRÊNCIA</b> <u>Eletrodo</u> - 05 unid. <u>Enovas</u> - 03 unid. <u>Crepom</u> - 02 unid. <u>Óleo de Girassol</u> - 20 ml			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL				<b>ENFERMARIA:</b>  <b>CIRCULANTE:</b> <u>Solange N. Martins</u> Solange N. Martins Téc. Enfermagem COREN-PI: 453.435			
PROLENE							
FITA UMBILICAL							
VICRYL							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

BPVAT

ESCALA DE N.º

(CONFEITO NÃO VERIFICADO)

1-6 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - N.º CEP: 64 002470

FIBS



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Francisco das Chagas Sobrinho  
Diagnóstico pré-operatório Fasciotomia  
Operação - Tipo Desbridamento + fechamento de fasci  
Cirurgião Dr. Marcos Varanda 1º Assinante Franci  
2º Assinante  
Instrumentador(a) Jacksony Anestesista Dr. Marcos das Souta Anestesia Raque  
Anestésico(a) Himn CAM 1072 014-568-373-437 1º Assinante

Data da Operação 28.10.2016 Início 11:30 Fim 12:20

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

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

Acidente Durante a Operação

- Sem intercorrências.

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em decúbito dorsal, sob raquequiestesia 2) Assepsia e Antissepsia de MIE 3) Colocação de campo 4) Evidência do fasciotomia medial e lateral em perna E (SEM PULSOS DISTAIS), com perfuração boa 5) Fechamento de fasciotomia medial (sem tração) 6) Curativo.

OBS: Perfuração de MIE feita toda, ao término do procedimento.

Dr. Marcos Varanda



Grão Emissor: M221100001

AIM : 2216:0170460-8  
 UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

NASCIMENTO

06/11/1972

D.E.BEBA: 25/10/2016

D.E.BEBA: 21/10/2016

PROCED.: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

OP.SIST: WELLINGTON

CID : 8850

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5828856

175893

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553830

8-Nascimento: 06/11/1972

9-Sexo: Masculino

CPF:

11-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12-Fone:

13-Resp: (O MESMO)

14-Fone:

15-End: POVOADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

## SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proc. 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
24-CID Prim.: 5850 ?	26-CID Sec.: 28-CID C.Ass.

38-Profissional Responsável: MARTONIO DE ASSUNCAO CORDEIRO	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 21/10/2016	40-No. Doc. Med. Solic.: 496.819.233-91

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM LESÃO VASCULAR DE ARTERIA POPLITEA + FASCIOTOMIA

0406020515 - 5850  
 0408050080 - T796.

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 18/11/16	48-CNS/CPF: José Gonçalves Cordeiro Filho Médico Auditor ORCAA/SMS CPF: 025.508.753-15 CNS: 203833990030000 49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50-Justificativa da 'NÃO' autorização:	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

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

(VALERIA SALES)



173033

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Orção Emissor: #221100001

AIH : 221410170460-8

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
DE INTERNAÇÃO HOSPIT

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

MASCULINO

06/11/1972

Identificação do Estabelecimento de S:

D.LIBERA: 23/10/2016

DT. LAUDO: 21/10/2016

PROCED.: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITELAUTIZADO

OP.SIST: WELLINGTON

CID : S850

Ramo da  
Internação:

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERI

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

175893

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO			6 - Prontuário:	306104
7-CNS:	704609707553830	8-Nascimento:	06/11/1972	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	MARIA PEREIRA GOMES			12-Fone:	-
13-Resp:	(O MESMO)			14-Cor:	Parda
15-Ende:	POVOADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010				
1-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010		

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS PRIVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.0024-0
21 - Condições que justificam a internação: <i>Lesão de artéria poplitea esquerda</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Lesão de artéria poplitea esquerda</i>	
23-Diagnóstico Inicial: Aneurisma da artéria poplitea S850	

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0406020515	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	Tempo: 2016
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.: 02 01 CPF 496.819.233-91	 Dr. Martonio de Assunção Angiologia / Cirurgia Vascular CRM-PI 2743
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARTONIO DE ASSUNCAO CORDEIRO	34-Data Solicitação: 21/10/2016	

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

36-( ) Acidente de Trânsito	37-CNPJ Seguradora:	38-Cod. Bônus:	39-Data:
37-( ) Acidente Trabalho Típico	40-CNPJ Empresa:	41-Data:	42-CNPJ:
38-( ) Acidente Trabalho Trajetos			
43 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

44 - Nome do Profissional Autorizador:	45-Data Autorização: 25/10/16	 Maria Antônia 50-Ass. Conselho (Rg. Conselho)
46-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	47-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Silva dos S. Silva</i>		52-Data: 21/10/2016 13:35:40 53-Data: 21/10/2016 13:35:40



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21 / 10 / 16

NOME DO PACIENTE: <u>Geo das Chagas Sobrinho</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>306104</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Les vascul. uric.</u>	CIRURGIA: <u>Tratamento cirúrgico</u>
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Márcio</u>	CPF Nº: <u>496819233-9</u>
AUXILIAR:	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dra. Milena</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Grêz</u>	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
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.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	1		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
PARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº <u>torneirinha</u>	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL Nº 8 e 6	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	und.	01	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Sonda vesical	und.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Sistema fechado	und.	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Xylocaina gel	und.	01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Fila cardíaca	und.	03	
ALCOFIL S/A	2.0	03		Luvas nº 8.0	par	02	
MONONYLON	3.0	09		e repom	und.	01	
FITA UMBILICAL				Seringa p/ insulina	und.	01	
VICRYL	3.0	01		Heparina	fr	01	
PROLENE vascular	5.0	02					
protena	6.0	01					

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Resende, 493 Cj. C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco das Chagas Sobrinho		
Diagnóstico pré-operatório	Lesão vascular de membros inferiores		
Operação - Tipo	Tratamento cirúrgico de LES		
Cirurgião	Dr. Mariano de Sousa	1º Assinante	
2º Assinante	Dr. Mariano de Sousa	3º Assinante	
Instrumentador(a)	Guacineu	Anestesiista	M. Nêuma
Anestésico(a)		Anestesia	Geral

Data da Operação	25/10/16	Início	09:00	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório	LES de artéria poplitea 8%				
Relatório Imediato do Patologista					

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

Acidente Durante a Operação	
-----------------------------	--

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Anestesia e antiseptico
- 2) calção cirúrgico
- 3) mudo ao sup. de joelho
- 4) Dinco de artéria poplitea
- 5) Supra a imagem de refluxo
- 6) Pupa de vein autotoma distal
- 7) Ponte Popliteo - Popliteo com
- 8) Sutura, sutura
- 9) Sutura de perna 8%
- 10) Sutura no plano
- 11) Curto

Dr. Mariano de Sousa  
Angiologia / Cirurgia Vascular  
CRM 100.76 - HUT

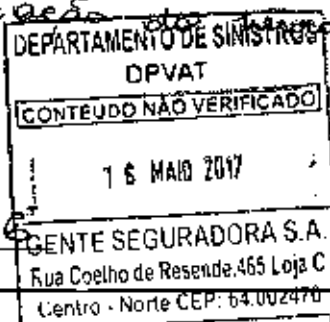
## REQUISIÇÃO DE PARECER

Posto 9

NOME	Francisco das Chagas Sobrinho	PRONTUÁRIO	306104
DA CLÍNICA	Cirurgia	LEITO	223/186
A CLÍNICA	Neurologia		

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente automobilístico em 2º DPO de cirurgia ortopédica e vascular com dissecação de artéria poplitea e reconstrução com safena. Segue com parestesia e necessita avaliação da neurologia



DATA: 23/10/16

Ass. Med. Consultante  
Angiologia e Cirurgia Vascular  
CRM-P 334 B  
Rodrigo S. de Noronha

ASS. MEDICO CONSULTANTE

PARECER

Não

HD = Neuropatia

Periférica de

Pt com queixa de parestesia em MIE, predominante na região do peito do pé, no antebraço e sensibilidade tátil, dor e vibração em quadril e membros inferiores, pulsos presentes, porém reduzidos - 2.

Col: Suporte Clínico

A disposição para qualquer dúvida.

DATA: / /

Dr. Vildácio Alves de Sousa  
CRM-P 3296  
Av. Higino Cunha, 511 - Imotas  
Teresina-PI  
ASS. MEDICO ESPECIALISTA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
21 10 T6 03:45h	<p>POZ # Exame Tug a Bala pelto Bz e OPOS Oculos intrus poprtky 2?</p> <p>- Manter paciente em sala operatória - Manter aquecido - AOS Audeos do C. Negro Navele. Impact!</p>			<p># Redido do Platotruc 03:50 - Conforme solicitado, pelo cirurgião ortopedista paciente per- mance em sala operatória sob cuidados de enferma- gem, realizado troca de O2 F, 0,9% quando transcor- rido tem de infusão, reali- zado administração da medicação conforme prescrição do anestesiolo- gista após episódio de vômito. Paciente segue sedento com SSW estáveis segundo monitor do arto de anestesia, continua aquecido pelo cirurgião vascular. <i>Michelle e Wilker.</i> 6:30 - FC. 69 bpm, SpO2 100% PA. 117/65 mmHg. <i>Enferm.</i></p>		
6:30	<p>POZ e / Navele</p> <p>PA = 120 / 70 mmHg</p> <p>① - Navele Mod - 1mg</p> <p>De O2 F - 1mg</p> <p>De A.D. - 1mg</p>			<p><i>Guigo</i> 06:35 <i>Guigo</i></p>		

Dr. Ciro Vaz da Costa Neto  
Médico Cirurgião  
CRM-PI 3033

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE VAI

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

AGENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 463 Loja 111

Centro - Fone CEP 64.002470

MOD 007 HUT

NOME <u>Francisco das Chagas Sobrinho</u>		IDADE _____ anos	DATA <u>28/12</u> /2016	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>12 hs 45 min</u>		TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA <u>Debridamento + Fisioterapia perna</u>		CIRURGIÃO _____		
SINAIS VITAIS				
ADMISSÃO		HORÁRIO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		109/58		120/60
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		106		101
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)		95/0		96/0
TEMPERATURA AXILAR (0° C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		Andréia Nunes Feitosa da Silva Téc. de Enfermagem		
NOME/MATRÍCULA		COBEN 118531		
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK				
ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO		SAÍDA
Movimenta os quatro membros		2 <input checked="" type="checkbox"/>		2 <input checked="" type="checkbox"/>
Movimenta dois membros		1 <input checked="" type="checkbox"/>		1 <input checked="" type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO		2 <input checked="" type="checkbox"/>		2 <input checked="" type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		1 <input checked="" type="checkbox"/>		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO		2 <input checked="" type="checkbox"/>		2 <input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20% do nível pré-anestésico		1 <input checked="" type="checkbox"/>		1 <input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA		2 <input checked="" type="checkbox"/>		2 <input checked="" type="checkbox"/>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço		1 <input checked="" type="checkbox"/>		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
Não responde		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>		2 <input checked="" type="checkbox"/>		2 <input checked="" type="checkbox"/>
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente		1 <input checked="" type="checkbox"/>		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> maior que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>		0 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL 09		10
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. M <sup>te</sup> Andréia Nunes Feitosa da Silva ENFERMEIRA COBEN-PI 200517		10
SONDA VESICAL		DRENO DE SUÇÃO		DRENO TORÁCICO
hs	mL	hs	mL	hs
hs	mL	hs	mL	hs
DVE		COLOSTOMIA		SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE
hs		hs		hs
mL		mL		mL
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:				
12:45 Admitido na 3ª PR em PCA de debridamento e fisioterapia perna @ Sala efetua da suagem com curativo, calça, espreguiçadeira e cobertor. Foi com curativos limpos.				
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS PRIVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017 GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 466 Loja C Cidade de São Paulo - SP 04.002.470 Dra. Milena Ramos de Sá ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 4741 ANESTESIOLOGISTA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		ALTA SRPA		HORÁRIO
ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )				
POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM CLÍNICA ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) IMED				

NOME	Francisco das Chagas Sobrinho		IDADE	44 anos		DATA	21/02/2016	
HORÁRIO DE ADMISSÃO	7 hs 30 min		TIPO DE ANESTESIA	GERAL		TRAQUE	BLOQUEIO	PERIDURAL
CIRURGIA REALIZADA	Fístula externa tibia						CIRURGIÃO	
- SINAIS VITAIS	HORÁRIO							
	ADMISSÃO						SAÍDA	
	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		180/67					
	FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		86					
	SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)		97					
	TEMPERATURA AXILAR (O° C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)								
NOME/MATRÍCULA		Anderson						
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIX			ADMISSÃO				SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" 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"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	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"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	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"/>
CIRCULAÇÃO	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"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	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"/>
	Descarta, 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 <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		09				
ESCALA DE DOR ALTA								
SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOGI	NASOE		
ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml		
hs	ml	hs	ml	hs	ml	hs		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:								
07:34 admitido na SRPA em PCV de Fístula externa em tibia. Sob efeito da medicação prescrita, letargia, respiração espontânea sem aporte de O <sub>2</sub> . FO com constantes hemodinâmicas estáveis. Avaliação vascular normal.								
08:35 Avaliado pela vascular, aguda conduta. Monitorado.								
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
ALTA SRPA								
ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )								
POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA:								

ASS. Aparecida Mendes Brito  
ENFERMEIRA  
COREN-PI 200517

ASS. Aparecida Mendes Brito  
ENFERMEIRA  
COREN-PI 200517

ASS. Aparecida Mendes Brito  
ENFERMEIRA  
COREN-PI 200517

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
16 MAIO 2017  
GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Natal - CEP 54.002-70  
(051) 3081-1111



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIH : 22161  
UNI : H.U.T

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

173031  
Data Emissor: M221100001  
NON ROCHA  
NASCIMENTO  
06/11/1972  
0016  
ASS. MED. 173031

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 - Pronome

7- CNS: 704609701553830

8- Nascimento: 06/11/1972

9- Sexo: Masculino

RG: 1261014

11- Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12- Fone: - 32

13- Resp.: (O MESMO)

14- Cor: Parda

15- Endere: 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

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirurgico

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

rx

23- Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

24- CID Prim:

S821

25- CID Sec:

26- CID C. Ass:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Cod. Proced:

0408050683

28- Procedimento Solicitado:

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

29- Clínica:

30- Caráter:

Ident.: 02

01

31- Docum.: CPF

776.327.023-34

32- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO

34- Data Solicitação:

20/10/2016

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

39- Violência com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

40 - Nome do Profissional Autorizador:

41- Assinatura Autorização:

42- Documento:

43- Num. Documento:

( ) CNES ( ) CPF

50- Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (CECILIA BRITO)

Consulta Local: 576824

Consulta SUS:

Impressão: 25/10/2016 09:27:47

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 MAIO 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-70

Dr. Manoel Antonio P. da Silva  
Médico Autorizado  
CPF: 01.3984

ASS. Carimbo Med. Sol. (CRM)



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/10/2016

NOME DO PACIENTE: Francisco das Chagas S. Silva	DIÁRIO Nº: 306104
DIAGNÓSTICO: Rotura do Tíbio	CIRURGIA: R.A. Extrema
ANESTESIA: Ropie	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Caio	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: Dr. Heráclano	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Wilker	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	350	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Oreperm		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Orugga + Michelle			
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: 64.002470



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco de Chagas de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Lesões do Plac. fetal Bg

Operação - Tipo

Proced. Extemp. Transcervical

Cirurgião

Dr. Cole Var da Opreitão  
Médico Ginecologista  
CRM-PI 3054

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(s)

Data da Operação

21/10/16

Início

03:20

Fim

03:40

Diagnóstico Pós-operatório

Oausus e 6000 Vas ailes  
prolifer. Bg? Ruptura de  
membrana fetal Extemp

Relatório Imediato do Patologista

§

Seleção anormal  
células Usable Infante

Acidente Durante a Operação

§

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Procedimento ambulatorial - Anestesia e Antibiótico

Fixação fetal no Tímulo Bg

Proced. Extemp. de Fêmea Bg

Redução da pressão leve de parto

Proced. Transcervical

Anotado

Aos cuidados do Dr. Cole Var da Opreitão  
Infante



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

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

20ma

Ortopedia

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENR. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PREScrição MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
20	10	1. DIETA LIVRE 2. SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12H 3. DILTIRONA 2ML + AD EV 6/6H 4. TENOXICAM 20MS 1 AMP DIL EV 12/12H 5. TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS 6. CCGG	15 24			00:20h. Paciente com H2: fratura de joelho (E), segue suplenção, ref. de interesse em MTE. Administração medicamentosa com fome, prescrição médica. Examinado físico geral.
20	10	10 Dr. Caio Vaz do Carmo Neto Médico Ortopedista CRM 15064				01:09. Provavelmente do Zoro. Rm, 1ª. fme. de fratura de joelho por motorista. Aparentemente de trauma. Parente, não se obriga de, respectivamente, consiente de, respectivamente, ofendido de. Tópico de MTE. Segue aguardando suplenção de arto FC 87 bpm Sat 99%.
20	10	Diazepam 30mg - 1AD, 5M, agudo Dexametasona 1AD + AD 5V agudo				
20	10	A 6h de 1000mg insuficiente				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTINUED NA VERIFICAÇÃO  
18 MAR 2017

GENTE SBCUADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 155 Loja 01  
Terreço - Norte CEP: 64.002-170

Dr. Agnir de Moraes Santos  
Médico  
CRM 5989-PI

Dr. Caio Vaz do Carmo Neto  
Médico Ortopedista  
CRM 15064

Dr. José de Almeida M. dos Anjos  
ENFERMEIRO  
COREN-PI 488164

OME Francisco dos Chagas Sobrinho IDADE anos DATA 20/10/2018  
 ORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 55 min TIPO DE ANESTESIA GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Ponte revascularizadora MTE CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>122/69</u>	<u>132/81</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>100</u>	<u>95</u>
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (tpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>SUEI</u>	<u>SUEI</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90% mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 16 MAIO 2017  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 RUA COLOMBIA DE RESENDE, 400 LOTAÇÃO 1  
 PORTO - NORTE CEP: 64.002-470  
 mesmo com suplemento de O<sub>2</sub>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO  
 ESCALA DE DOR ALTA  
 BOMBA VESICAL ( ) DRENO DE SUÇÃO ( ) DRENO TORACICO ( ) DVE ( ) COLOSTOMIA ( ) BOMBA ( ) NASOGASTRICA ( ) NASOBIBULA ( )

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 14:55 Admitido na SRPA em PCP de ponte revascularizadora em MTE. Sinais vitais estáveis, pulmões hiperinflados, respirando em ar ambiente. FC em 100 batidas por minuto, limpa e occlusiva.

17:30 Encaminhado a cirurgia.

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
 ALTA SRPA  
 HORÁRIO  
 ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )  
 POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) IMED

POSTO 09





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco dos Chagas Sobrinho		
Diagnóstico pré-operatório	Fasciotomia lateral		
Operação - Tipo	Debridamento + Fechamento d		
Cirurgião	1º Assinante	Dda Thaysia	
2º Assinante	Dra. Marcos Viana		
3º Assinante			
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação	Sem intercorrências		

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

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(1) Fasciotomia em decúbito dorsal, sob raqui-anestesia (2) Aproximação e sutura de MIE (3) Colocação de curativos (4) Direção de retalhos de fasciotomia lateral (5) Aproximação de bordos (6) Curativo.

OBS: Perfusão normal após procedimento. Sem perfusores antes do procedimento.

# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Francisco dos Reis Salgado</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>02/11/16</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <input checked="" type="checkbox"/>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <input checked="" type="checkbox"/>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <input checked="" type="checkbox"/>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <input checked="" type="checkbox"/>				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Forquemia perine</i>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO						
1						
2						
3						
LÍQUIDOS						
SO-UTO 500						
400						
SANGUE 300						
200						
OUTROS 100						
TEMPERATURA T						
Cº						
38						
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		SEM UF				
CIRURGIÕES		A S R P K				
ANESTESISTAS		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
PARTICULARIDADES						

NOME Francisco das Chagas IDADE anos DATA 10/11/2016

HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>103/57</u>	<u>141/79</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>92</u>	<u>98</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>100</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Luciano</u>	<u>Luciano</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL <u>09</u>		SAÍDA <u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA	ASS. <u>Luciano</u>		

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasogástrica ( ) Nasoenteral
hs: _____ mL: _____	hs: _____ mL: _____	hs: _____ mL: _____	hs: _____ mL: _____		
hs: _____ mL: _____	hs: _____ mL: _____	hs: _____ mL: _____	hs: _____ mL: _____		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:45 - Paciente admitido na SRPA em ROI de fratura. (B) sob efeito de raqui anestesia, consciente, orientado, tátil, eufórico, O<sub>2</sub> 4L em ventilação espontânea. Segue BI queixas. Com tempo de reação postovac funcionando e débito sanguíneo normal.

PRESCRIÇÃO MÉDICA 100	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAI	ALTA SRPA HORÁRIO
	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
	16 MAIO 2017	
	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 455 Loja C	
ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO (X) SALA DE GESSO ( ) GRAFICOS ( )		
POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MED		

229 1221



Atendimento de Internação Hospitalar (AIH)  
 Orgão Emissor: M221100001  
 AIH : 221610177979-3  
 UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

# AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

06/11/1972

0.188888: 21/11/2016

01. LAUDO: 10/11/2016

PROCED.: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

OP. SIST: WELLINGTON

CID: S821

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

524

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

CONDIÇÃO DE SUS/ANEX

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553830

8-Nascimento: 06/11/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1261014 - SSP

11-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12-Fone: -

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Ende: POVOADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

17-Cod. ICGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

*Doença e deformidade de perna E.*

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tíbia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 54.002.470

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050551

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

29-Clinica:

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

02

01

CPF

745.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

10/11/2016

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

21.11.16

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNES ( ) JCFF

José Gonçalves Cordeiro Filho  
 Médico Auditor DRCAA/SMS  
 CPF: 023.580.753-15

50-Assinatura do Profissional Autorizador

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Gyano Andrao*

52-Data e Hora da Autorização  
 10/11/2016 14:09:11



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/11/16

NOME DO PACIENTE: Francisco dos Santos	PRONTUÁRIO Nº: 3061024
DIAGNÓSTICO: FIM - PUERPERAL	CIRURGIA: TUP
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Lúcio - Tsi	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: M. 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 Nº 7,5	PAR	07	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	12	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
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 Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Escovas — 02 unid. Eletrados — 05 unid. Ciepon — 02 unid. Dreno sucção 3.2 — 01 unid.  Sana			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.		—					
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG.		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON	20	03					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL	0	03		CIRCULANTE: Sana			
PROLENE		—					

DEPARTAMENTO DE  
03  
GENTE SEGURA  
Rua Coelho de Resende  
Centro - Norte CEP:

16 MAIO

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



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		FERNANDES CHAGAS SOBRINHO	
Diagnóstico pré-operatório		FIMBRIADO TUBAR (E)	
Operação - Tipo		RIFER	
Cirurgião		LACOSTE	
2º Assinante		1º Assinante	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia	Rogério
Anestésico(a)		Baptista	
Data da Operação	Início	Fim	
10/11/16			
Diagnóstico Pós-operatório		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DNVAF CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) DDA 2) ASSEPT 3) Campos  
4) Presso interno 5) MPA  
6) DUKAT 7) fios 8) 6) SUTURAS  
9) CUMUL

Dr. Loo - Isé Prutler  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20.000.000-0



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. OLTO 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: S U S CLÍNICA ORTOPEDICA - 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 tíbia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tíbia proximal com fixação metálica.

(JOAO ANTONIO)

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

TERESINA - PI 24/01/2017

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

*Handwritten signature and stamp:*  
 22/11/2016  
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA



# 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: S U S 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 tíbia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tíbia proximal com fixação metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2017

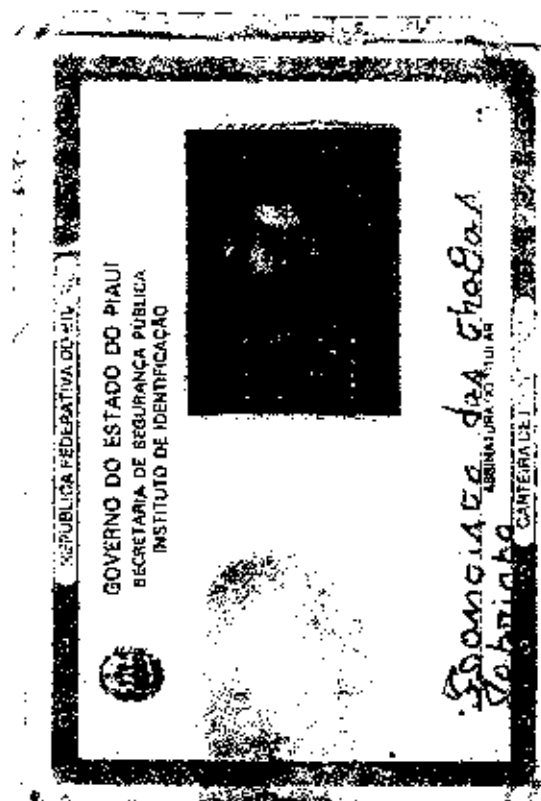
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





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

Nº 1.261.014 DATA DE EMISSÃO 11. Abr. 91

NOME FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

PAI Antonio de Paulo Gomes  
MÃE Maria Pereira Gomes

Esperantina-PI 06. Nov. 1972

NASC. 24.638 liv. 38 fls 88-V Exp.  
Carlinas-Mo 29.11.74

*[Signature]*

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

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
1	16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP: 64.002-470	



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco das Chagas Sobrinho

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

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

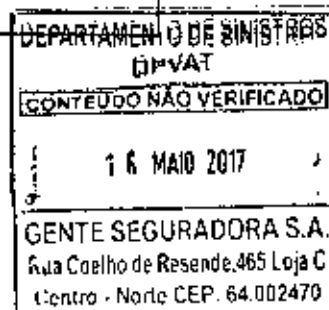
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Nicodema</u>
Número	<u>2864</u>
Apto / Complemento	<u>P/3º andar</u>
Bairro	<u>Vale quem tem</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64057020</u>
Telefone de Contato	<u>86-98128-3786 - 99922-4729</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 06-03-17

Assinatura do Declarante

Francisco das Chagas Sobrinho



0663641-1

COORDENADORIA EXECUTIVA DO PLAN  
de Alimentação 739 - Brasília - DF  
Cidade 08.00.78.0001-09 Fax 08.00.78.353-3  
Alameda Faria / Centro de Integração Social e de  
Regulação Especial da Indústria de Alimentos da SETAR de Brasília

IP da Moth Front 000776798

A Direção Geral de Segurança e Defesa - TIGB foi criada  
pela Lei nº 1.003 de 26 de março de 2004.

JANEIRO/2017

26/01/2017

131

57.29

FRANCISCA DE FATIMA GOMES  
R. HIDROLINA 2864 8-URBANO  
CPF: 00041163737372  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 13.001.60,27.111400

TOTAL STAFF		NOT: 13.001.00.27.1114	
Asst:	18135	Asst:	20/01/2017
Asst/Prof:	18204	Asst/Prof:	21/12/2016
Coordenação de Extensão:	1.000	Extensão:	16/02/2017
Coordenação de Iniciação:	131	Extensão:	20/01/2017
Coordenação de Mestrado:	131	Extensão:	20/01/2017
Coordenação de Doutorado:	131	Extensão:	20/01/2017
	FCAM		

## Modul 1

30

Class/Category	Urgency	Message Number	Date	Priority	Message ID
RESID. EX. RENDA	MORO	AGOS:15		2.4.1.1	107

DEZ/18	118	CONSAR	30 A R\$ 0,201307 =	6,04
NOV/16	125		70 A R\$ 0,345108 =	24,26
OUT/18	112		31 A R\$ 0,517787 =	16,05
SET/18	117	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		3,48
AGO/18	107	DIFERENÇA DE TARIFA		30,07
JUL/18	95	SUBVENCAO SAIJA RENDA		23,11
JUN/16	105			
MAY/18	94			
ABR/18	91			
MAR/16	100			

TIME	FA	ST	FM	BM	ST
10	A	3	-	0	15
20	A	100	-	0	25
30	A	150	-	0	35

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 0800 466 0400 E PAGA OPCO VOLO VENDO 1 5 30 15 20 25

DEPARTAMENTU DE MINISTRU  
PRIVAT

**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

16 MAY 2017

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

RESTORATION: 4809.4508.0123.5104.D1E3.880F.ZA2C.0020

21,01	76,02
25,79	20,00A



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	3323	20/05/16	2903	22/01	22/10
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	22/28	22/14			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Av. 15 de Novembro		Teresina		
Tipo de ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	Trilhões	Francisco das Chagas Sobrinho	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	4	
Acidente de Transporte	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	144	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança
Assistência	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À 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	Pulso 78 Resp. 150x120 PA 150x120 TAX. 96 SatO2 96			
Hospital de Destino	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial 7 Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	H.U.T.	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	
Paciente vítima de acidente de trânsito apresenta deformidade na região da perna e do joelho. Paciente relata dor intensa na perna esquerda.					DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja Centro - Norte CEP: 64.00247-1
Responsável pela recepção: Socorristas Médico:  AE/TE:  Enfermeiro:  Condutor:					

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco das Chagas Sobrinho, portador da carteira de identidade nº 1.261.014 e inscrito no CPF/INP sob o nº 452.425.712-91, residente e domiciliado na Rua Higashino, 2864, Cidade Jeremim, 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
- (X) 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 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.

Francisco das Chagas Sobrinho

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

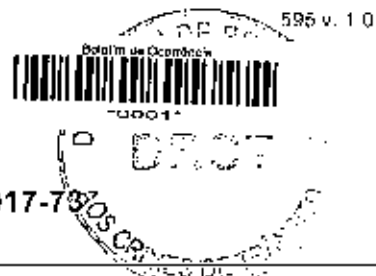
Jeremim 06.03.17

Local e data

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000837/2017-73

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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. QUINZE DE NOVEMBRO, Nº:

Complemento

359756

Data/Hora

20/05/2016 - 21:50

Bairro

TODOS OS SANTOS

Ponto de Referência

TRILHOS, CLUBE DO VALDEMAR ALUIZIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1261014 SSP/PI

Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

Pai: ANTONIO DE PAULO GOMES

Endereço: RUA HIDROLINA, Nº 2864

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

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, MODELO 2012, COR PRETA, PLACA ODV-3095-PI, RENAVAN 00331505797, PROPRIETÁRIO FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR E SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3323 E ENCAMINHADO AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 306104, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

*Francieleide Lima*  
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*Francisco das Chagas Sobrinho*  
FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

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

Francicleide Lima

FRANCILEUDE LIMA

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL





AVERBAÇÃO AO B.O. DE Nº 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

Francicleide Lima

FRANCICLEIDE LIMA

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL



DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
CONTEUDO NAO VERIFICADO	
1	16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP. 64.002470	

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.

Francisco dos Chagas Sobrinho  
ADOR(A) DO RG Nº A-264.014 EXPEDIDO POR SESP-DI EM 16/04/91 E  
CPF 0534257722-91 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO pequeno  
RECEITA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco dos 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 (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documentos comprobatórios 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](http://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  
CENTRO SEGURADORA S.A.  
Eva Coelho da Rocha, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

**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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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) 8761-7

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.

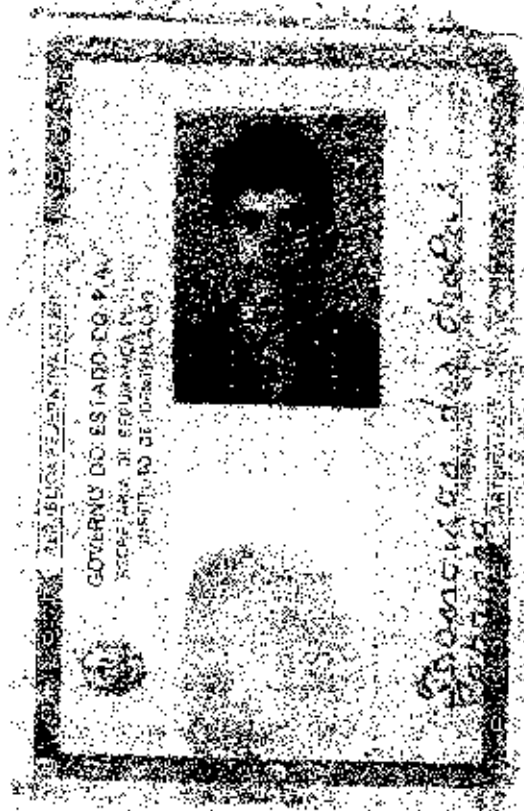
Jeremias 06 de Maio de 2017 LOCAL E DATA  
Francisco dos Chagas Sobrinho ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**1 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
7 6 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



1.261.518 11. Abr. 91  
CHESNOS SÁBIO RAC COSCUTIVO  
Antonio de Paulo Gomes  
Maria Carolina Gomes  
Asperantim-PT 06. Nov. 1972  
Masc. 24.648 Lit. 38 fls 88-V 100  
CIN 107-129.10.72

1.261.518 11. Abr. 91  
CHESNOS SÁBIO RAC COSCUTIVO  
Antonio de Paulo Gomes  
Maria Carolina Gomes  
Asperantim-PT 06. Nov. 1972  
Masc. 24.648 Lit. 38 fls 88-V 100  
CIN 107-129.10.72

1.261.518 11. Abr. 91  
CHESNOS SÁBIO RAC COSCUTIVO  
Antonio de Paulo Gomes  
Maria Carolina Gomes  
Asperantim-PT 06. Nov. 1972  
Masc. 24.648 Lit. 38 fls 88-V 100  
CIN 107-129.10.72



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVA1
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470



NO BRASH

DETRAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 011242124432

VIA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

1 00-21405-297

24-11-2015

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

00000

DEPARTAMENTO DE REGISTRO

DIVISÃO

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO

16 MAR 2015

CERTIFICADO DE REGISTRO



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

*João  
K. Coelho de Resende  
Coordenador Geral  
07.02.17*

NOME DO PACIENTE: Francisco das Chagas Corrêa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 306104

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

**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 1920, Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 20/10/2016 22:02:03

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 576684	<b>Data:</b> 20/10/2016 22:58:32	<b>Condução:</b> AMBULANCIA DO SAMU
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Id. Trab.:</b> Sim	<b>Acid. Trajeto:</b> Sim	<b>Acid. Trab. Típico:</b> Não
		<b>CID Secundário:</b> V299

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma:</b> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<b>Evento Principal:</b> Dor intensa	<b>Destino:</b> ORTOPEDISTA	<b>Classificação:</b> Laranja
<b>Breve História:</b> DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA POR TRAUMATISMO EM ACIDENTE DE MOTO AO CAIR EM TRILHOS DO TREM, DOE INTENSA. NEGA OUTRAS QUEIXAS.		<b>Profissional Clas. Risco:</b> MARCO ANTONIO VIEIRA ROCHA CRM 274843 Imp: 20/10/2016 22:52:00	

**DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )**

<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAR 2017 <b>GENTE SEGURODORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - MONTA CEP: 64.002470				<b>PA</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>FC:</b> bpm <b>Temp.:</b>			
<b>Diagnóstico Inicial:</b>				<b>CID:</b>			

<b>CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:</b>			

<b>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</b>		<b>Se Internação, indique o procedimento e CID</b>	
<b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b> :		<b>Procedimento:</b> 0404050551 <b>CID:</b> S60.1	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico





AIH : 221610175225-0  
UNI : H.U.I. PROF. / ENON. RILHAI

Alar (AIH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOS

Identificação do Estabelecimento

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

D. LINHA: 08/11/2016

PROV. : 0415040035

UP. ST: OLIVENOR

UID: 002

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

Código de Internação:

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TI

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4- CNES

5828856

176829

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

6 - Prontuário: 306104

7- CNS: 704609707553930

8- Nascimento: 06/11/1972

9- Sexo: Masculino

RG: 1261014 - SSP

11- Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12- Fone:

13- Resp: (O MESMO)

COM BOLETIM CIR/ANEST

14- Cor: Parda

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

17- Cod. IBGE: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64000-010

6- Munic: TERESINA

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com fasciotomia lateral

21 - Condições que justificam a internação:

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

23- Diagnóstico Inicial:

Gangrena não classificada em outra parte

DEPARTAMENTO DE SINIST  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFIC

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA  
Rua Coelho de Resende, 465  
Centro - N.º CEP: 64.000

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

29- Clínica: 30- Caracter: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Med. Solic.:  
02 01 CPF 811.397.483-00

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

MARCOS AURELIO FERREIRA DE ARAUJO VARANDA

02/11/2016

Dr. Marcos A. de A. Varanda  
Médico Assistente - HUT  
35- Ass. Carimbo Med. Responsável

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

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

39- CNPJ Seguradora:

40- R. R. Inicial:

41- Parte:

42- CNPJ Empresa:

43- CNPJ Supressor:

44- Códor:

45 - Vínculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

10/8/16

OSR 00000000000000000000  
1º Vice Diretor DRCAS/SMS  
CPF: 025.500.753-15  
CNPJ: 20313157/030000

48- Documento:

49- Num. Documento:

50- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

( ) CNS ( ) CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: (Assinatura)  
Carimbo: (Carimbo)  
Data: 02/11/2016 09:05:01

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

Fis. Nº

Proc. Nº

Rubrica

176829

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

DATA 02/11/16

NOME DO PACIENTE: F <sup>10</sup> das Chagas Sobrinhas	PROFISSIONÁRIO Nº: 306104
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 07
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: E. Azevedo	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, 240 e 215	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 810 e 815	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ÁLCOOL 70%	ML	350		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
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 Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		Ereporu	UN	04	
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	03		ENFERMARIA:	<div data-bbox="1294 1718 1581 2024" data-label="Text"> <p>DEPARTAMENTO DE SINIST. DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017 GENTE SEGURADORA Rua Coelho de Resende, 465 Centro - Norte CEP: 64.002</p> </div>		
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: Ewaldson			
VICRYL							
PROLENE							



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco das Chagas Sobrinho

Diagnóstico pré-operatório

Fasciotomia lateral

Operação - Tipo

Debridamento + Fasciotomia

Cirurgião

Dr. Marcos Vazouza

1º Assinante

Dr. Thalyza

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(s)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002410

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Sem intercorrências

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(1) Paciente em decúbito dorsal, sob raqui-anestesia (2) Anestesia  
ultrassônica de MIE (3) Colocação  
de curativos (4) Direção de sítio  
para fasciotomia lateral (5)  
Aproximação de bordos (6) Curativo

OBS: Perfusão normal após  
procedimento. Sem pulso  
antes do procedimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESOPOLIS  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESOPOLIS

DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA  
DIPAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
16 MAR 2011  
CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 655 Lj 11 C  
Cidade Norte CEP: 164 002470

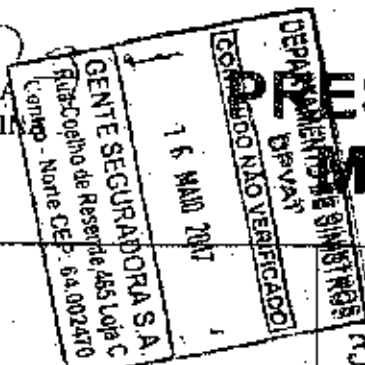
# PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Francisco das Chagas Sobrinho	306104		709	223	186
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES #1º DPO de fechamento de fasciotomia medial				
06:50 03/11/18	#6º DPO de fechamento de fasciotomia medial				
MÉDICO ASSISTENTE	#12º DPO de cirurgia ortopédica e vascular (Trauma em HLE)				
29/10: Hb: 8.5 Ur: 27 Na: 138.8 Ht: 25.8 Cr: 0.6 K: 3.84 Leuco: 8400 CPR: 173 Ca: 1.140 Plaag: 372000 TTPA: 34.2	ALERGIAS: RASH/ANEMIA FELMAD CI 10/11/18				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES	
Paciente evolui em BGG, consciente, orientado, aco-				SINAIS VITAIS	
notico, anictérico, normotensivo. AP: MUD bilateral				HORA T P R SA O2: ...	
mente. AC: BNF, 2T, QR, SS. Abdomen plano. RHA audíveis				12 91 198	
flocido e indolor à palpação. FO limpa e seca, sem				18 96 102 154	
sinal de neurose ou de sofrimento da pele. Sem edema.				24 96 90 158	
1) Dieta oral livre				06 96 90 158	
2) SFO 0.9% 2000 ml EV 8gtts/min				09:30 - Pulso de relâmpago	
3) Dipirona 500mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 6/6h				pontos da ponte superior	
4) Tramal 100mg - 1amp + 100 ml SFO 0.9% EV 8/8h				MHF. Sem intercorrências	
5) Ranitidina 35mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 8/8h				Acad. Enf. Boneca	
6) Lixemine 5000UI/0.25ml - 1amp SC 8/8h				2300 = 0.00000	
7) Diazepam 10mg - 1cp VO às 20h				sem alterações no	
8) Dimorf 10mg/ml - 1amp + 9ml AD - fazer 04ml				quais os de	
EV (SU)				presente	
9) MMII elevados					
10) SSUU e CCGG					
MÉDICO/CRM: PULP 12011 - PA CI 07/11/18					



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA



# PRESCRIÇÃO MÉDICA



Vascular

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Francisco dos Chagas Sobrinho	306104		POA	223	186

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE
02/11/16	39/10: Hb: 8.5 Ur: 27 Na: 138.8 Ht: 25.8 Cr: 0.6 K: 3.24 Leuco: 8400 CPK: 173 Ca: 1.140 Pla: 372000 TTPA: 34.2

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES:  
#5- DPO de fechamento de fasciotomia medial.  
#11- DPO de cirurgia ortopédica e vascular (Trauma em MIE)  
ALERGIAS: #Fechamento de fasciotomia lateral agendada para hoje.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Paciente em BEB, consciente, orientado, acalorção, antitérmico, normocorado, hidratado. AP: MV(II) bilateralmente; AC: BNF, 2T, RR, SS Abdomen plano, flácido, RHA ausentes. Não apresenta queixas algóras.		08:15 - Encaminhado p/ Centro cirúrgico. PA: 150x110 T: 35°C; T: 110 bpm Sylvana Costa 274047

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

- 02) SF 0.9% 2000 ml EV 28 gotas/min
- 03) Ranitidina 25mg/ml - 2ml + 8ml AD EV 8/8h
- 04) Dipirona 500mg/ml - 2ml + AD EV 6/6h
- 05) Tramal 100 mg - 1amp + 100ml SF 0.9% EV 8/8h
- 06) Diazepam 10mg - 1cp VO às 20h
- 07) Dimorf 10mg/ml - 1amp + 09 ml AD, 04 ml EV
- 08) MMII elevados.
- 09) SSIV e CC GG

10) Liquimine 5000UI/10,25ml - 04 amp, 15h após as 15h.

MÉDICO/CRM: 11 HALLER 1 AMP 15h

Handwritten notes and signatures in the prescription area.

11:00 - Retorno do centro cirúrgico  
p/ intervenção cirúrgica - Sylvana Costa 274047

SINAIS VITAIS					
HORA	T	P	P	FR	DIURESE
12	35	89		11/80	700ml
18	37	65		84/58	600ml
24	37.1	99		110/80	1000ml
05	36.1	108		100/60	600ml

18: Vão far Dipirona PA-84x58  
imprimada p/ dipirona - Bec. Lany

INTR E →

NOME Francisco das Chagas Sobrinho IDADE anos  
 HÓRARIO DE ADMISSÃO 9 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA GERAL TRAQUE BLOQUEIO PERIDURAL  
 CIRURGIÃO DR. [assinatura]  
 CIRURGIA REALIZADA Debridamento e fechamento MBE

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	122/69	116/68
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	86	89
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	100%	98%
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	André	
NOME/MATRÍCULA	Teo us [assinatura]	
ÍNDICE DE ALDRETEE KROULIK		

ATIVIDADE MUSCULAR	2	2	2	2	2
Movimenta os quatro membros	1	1	1	1	1
Movimenta dois membros	0	0	0	0	0
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	2	2	2	2	2
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	1	1	1	1	1
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	0	0	0	0	0
Tem apnéia	2	2	2	2	2
PA em 20% do nível pré-anestésico	1	1	1	1	1
PA em 20-49% do nível anestésico	0	0	0	0	0
PA em 50% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	1	1	1	1	1
Desorienta, se solicitado	0	0	0	0	0
Não responde	2	2	2	2	2
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	1	1	1	1	1
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	0	0	0	0	0
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA	TOTAL	09	10
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA			

DEFEITOS ( ) Sonda Vesical ( ) Sonda Naso / Oro ( ) Dreno de Sucção ( ) Colostomia ( ) Dreno Torácico ( ) DVE ( ) OUTROS  
 OBSERVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09:30 Admitido na SRPA, em 70% de debridamento. Consciente, orientado, responde ao diálogo. Respirando espontaneamente, sem aporte de O<sub>2</sub> suplementar, com boa produção respiratória HV úmida. SSVV estáveis.

11:05 Alta da SRPA, recuperado.

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

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )  
 EMERGÊNCIA PED. UTI ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) J4 ( ) QUEIM. CLÍNICA ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MEC



# 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**

AIH : 221630174476-9

UNI : H.U.I. (PROF. ZENUN ROCHA)

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

D.LIBERA: 09/11/2016

DT. LAUDO : 28/10/2016

PROCESSO : 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA

OP-SIST: CLÍNICA

UID : 0497

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828800

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553830

8-Nascimento: 06/11/1972 Sexo: Masculino

RG: 1261014 - SSP

11-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

**COM BOLETIM CIR/ANEST**

12-Fone: -

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-End: 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:

*Fasciostomia de perna  
de 20x10 a 22x12 - Vão 20/11  
e 20 a 22/11 - Vão 28/11*

21 - Condições que justificam a internação:

*APRES. 11*

*APRES. 12*

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

23-Diagnóstico Inicial:

( ) Miopatia periférica em doenças classificadas em outra parte

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:

0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

29-Clinica:

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

02 01 CPF 811.397.483-0

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

28/10/2016

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

35- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass. Médico (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Charles Rodrigues dos Santos*

*Jose Gonçalves  
Médico Auditor DR.  
CPF: 024.533.753-13  
Ass. 20/10/2016*

Ass. Médico: ANTONIO BURNAS  
Ass. Social: 02/04/1  
Ass. Social: 02/04/1  
Data: 28/10/2016 12:37:37



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco das Chagas Sobrinho		
Diagnóstico pré-operatório	Fasciotomia		
Operação - Tipo	Debridamento + Fechamento de ferida		
Cirurgião	Dr. Marcos Varanda		
1º Assinante	Dr. Marcos Varanda		
2º Assinante	Dr. Marcos Varanda		
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	
Jacksony	Dr. Marcos Varanda	Raquel	
Anestésico(a)	Anestesiologista		

Data da Operação  
28.10.2016

Início  
11:30

Fim  
12:20

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTO DE UNIDADE  
DPAAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
16 MAIO 2017

Relatório Imediato do Patologista

GENTE SEGURADORA S.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja  
Centro - Norte CEP: 64.002-47

Acidente Durante a Operação

- Sinais intercorrentes

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em decúbito dorsal, sob raquelesqueresia 2) Inspeção e palpação de MTE 3) Colocação de campo 4) Exatidão do fasciotomia medial e lateral em perna E (SEM PULSOS DISTAIS), com perfuração boa 5) Fechamento de fasciotomia medial (sem tração) 6) Curativo  
OBS: Perfurado de MTE na ferida, ao término do procedimento  
Dr. Marcos Varanda





Órgão Emissor: R221100001

AIH : 2216-0170460-8

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

NASCIMENTO

06/11/1972

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

O.LIBERA: 25/10/2016

O.LIBERA: 25/10/2016

PROCED.: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

OP.SIST: WELLINGTON

CID : 9850

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT****5828856****175893****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome:	<b>FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO</b>			6 - Prontuário:	306104
7-CNS:	704609707553830	8-Nascimento:	06/11/1972	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	MARIA PEREIRA GOMES			12-Pone:	-
13-Resp:	(O MESMO)			14-Pone:	-
15-Ende:	POVOADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010			17-Cod. IBGE:	221100
16-Munic:	TERESINA			18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Proc. Anterior	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
0406020515	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL
21-Cod. Mudança Proc.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
27-CID Prim:	26-Diagnóstico:
5850	

32-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:
MARTONIO DE ASSUNCAO CORREIRO	CPF
39-Data Solicitação:	40-No. Doc. Med. Solic.
21/10/2016	496.819.233-91

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

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

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	18/10/16	
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:

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

Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(VALERIA SALES)



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Órgão Emissor: #221100001

AIH : 221610170460-8

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
DE INTERNAÇÃO HOSPIT

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

NASCIMENTO

11/1972

Identificação do Estabelecimento de S:

D.LIBERA: 25/10/2016

DT. LAUDO: 21/10/2016

PROCED.: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

OP.SIST: WELLINGTON

CID: 8850

Ativo da  
Internação:

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERI

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

ASS. MEDICA RESPONSÁVEL

175893

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO			6 - Prontuário:	306104
7-CNS:	704609707553830	8-Nascimento:	06/11/1972	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	MARIA PEREIRA GOMES			12-Fone:	
13-Resp:	(O MESMO)			14-Cor:	Parda
15-Ende:	POVOADO CACIMBA VELHA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010				
1-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
		19-CNPJ:	0415030013		

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017 GENTE SEGURADORA S Rua Coelho de Resende, 465 Loja Centro - Norte CEP: 64.0024
21 - Condições que justificam a internação: Lesão de artéria poplítea exposta	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): fratura do osso	
23-Diagnóstico Inicial:	24-Id. Prim:
traumatismo da artéria poplítea	8850

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo em
0406020515	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.:	31-Docum.:
	02	01
	CPF	496.819.233-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
MARTONIO DE ASSUNCAO CORDEIRO	21/10/2016	
35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM):		

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	37- ( ) Acidente Trabalho Típico	38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto	39-CNPJ Seguradora:	40-Id. Beneficiário:	41-Parte:
			42-CNPJ Empresa:	43-CNPJ Seguradora:	44-CROR:
45 - Vínculo com a Previdência:					
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado					

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
	25/10/16			
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				52-Atenção: MARIA RAFAELA Consultas locais: 51666 Consultas SUS:

## REQUISIÇÃO DE PARECER

Posto 9

NOME	Francisco das Chagas Sobrinho	PRONTUÁRIO	306104
DA CLÍNICA	Cirurgia	LEITO	223/186
A CLÍNICA	Neurologia		

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente automobilístico em 2º DPO de cirurgia ortopédica e vascular com dissecação de artéria poplitea e ressecção com safena. Segue com parestesia e necessita avaliação da neurologia.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

DATA: 23/10/17

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

Angiologia e Cirurgia Vascular  
CRM-PI 334.6  
Rodrigo S. de Moraes Lima

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Não

HD = Neuropatia

Periférica de

Pt com queixa de parestesia em MIE, predominantemente na região do peito do pé, no antebraço e sensibilidade térmica, dor e vibração em ambas as mãos, pulsos presentes, porém reduzidos.

Col: Suporte Clínico

A disposição para qualquer dúvida.

D. Vildécio Alves de Sousa  
CRM-PI 3298  
Av. Higino Costa, 611 - Moraes  
Teresina-PI

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: 1/11/17

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

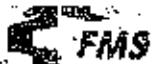
NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou ART	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
21/10/16	POL # Exame Tm a Bacia pelvica e todos os exames intus poplites?				# Pedido do	
03:45h	- Manter paciente em sala operatória - Anestesia adequada - ADI a todos do corpo da mãe. Urgente!				Platômetro 03:50 - Conforme solicitado, pelo cirurgião ortopedista paciente per- mance em sala operatória sob cuidados de enferma- gem, realizado troca de SF 0,9% quando transcor- rido tem de infusão, reali- zado administração de medicação conforme prescrição do anestesio- logo após episódio de vômito. Paciente segue sedado com SSN, estáveis segundo monitor do giro de anestesia, continua aguardando cirurgia vascular. Equipe Michelle e Wilker.	
6:30	Paciente em náuseas PA = 120/70 mmHg FC = 120 bpm De O2 2L/min - 1cp De O2 2L/min - 1cp De AD - 2cp				6:30 - FC 69 bpm, SpO2 100% PA 117/65 mmHg	

Dr. Celia Vaz da Costa  
Médica Cirurgiã  
CRM-PI 3053

Quarta  
06.35  
Quarta  
06.35

DEPARTAMENTO DE REGISTROS  
CIVIL  
CONTENDO NO VERIFICADO  
15 MAR 2017  
CENTRO REGISTRADOR S.A.  
Rua Coelho de Resende, 4631, 912  
Terreiro - Monte CEP 64.02679

NOME <u>Francisco das Chagas Sobrinho</u>		IDADE _____ anos		DATA <u>28/10/2016</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>12 hs 45 min</u>		TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO			
CIRURGIA REALIZADA <u>Debridamento e Farciclenina perna</u>		CIRURGIÃO _____			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO		SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>109/58</u>		<u>120/60</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>106</u>		<u>101</u>	
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)		<u>95%</u>		<u>96%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (rpm)		<u>Andréa Nunes Feitosa da Silva</u>			
NOME/MATRÍCULA		<u>Téc. de Enfermagem</u>		<u>COBEN-PI 200511</u>	
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" 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"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	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"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta alerta e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, 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 <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90% mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		19	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. M <sup>te</sup> <u>Andréa Nunes Feitosa da Silva</u>		ASS. M <sup>te</sup> <u>Andréa Nunes Feitosa da Silva</u>	
SONDA VESICAL		DRENO DE SUÇÃO		DRENO TORACICO	
DVE		COLOSTOMIA		SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE	
VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
<p><u>12:45 Admitido na 3ª PB com PC de debridamento e farciclenina perna @. Seta apótes do megar. Concomitante, celmo, supressor, supressores no ambiente. FO com curativos limpos.</u></p>					
<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS PRIVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 MAIO 2017 GENTE SEGURADORA S Rua Coelho de Resende 485 Laj Linha 1000-1100 CEP: 64.002-4</p>					
<p>ALTA SRPA HORÁRIO Dra. Milena Ramos de Brito ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 4741 ANESTESIOLOGISTA</p>					
NCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )					
COSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MED					



173031

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOR  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARAIH : 221610172090-0  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Data Emissor: M221100001

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO *Liberto de São Neves*

NASCIMENTO 06/11/1972

Identificação do Estabelecimento de Saúde

D-LIBERA: 27/10/2016

DT. LAUDO: 20/10/2016

PROCED.: 0408050683 - TRATAMENTO CIR. DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO

OP. 8157: WELLINGTON

CER: 5821

ASS. NÚCLEO RESPONSÁVEL

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

5828856

173051

## 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-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12-Fone: -

13-Respi: (O MESMO)

14-Cor: 1 Parda

15-Endere: 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 no joelho esquerdo

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirúrgico

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

rx

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

24-CID Prim:

S621

25-CID Sec.:

26-CID C. Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-End.Proced.:

0408050683

28-Procedimento Solicitado:

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

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

31-Docum.:

CPF

32-Doc. Méd. Solic.:

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO

34-Data Solicitação:

20/10/2016

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

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

40 - Nome do Profissional Autorizador:

## AUTORIZAÇÃO

41-Data Autorização:

42-Docum.:

10000 ( ) 10000

43-Num. Documento:

44 - Assinatura Paciente ou Responsável:

José Gonçalves Cardoso Filho  
Enfermeiro ORCA/SMS  
CPF 028.800.753-15  
CNS 233833990030000

50-Ass. Carimbo: (Rg. Conselho)

Usuário: IZECILIA BRITO

Consulta Local: 57658

Consulta SUS:





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco das Chagas Sobrinho		
Diagnóstico pré-operatório	Fasciotomia lateral		
Operação - Tipo	Debridimento + Fechamento		
Cirurgião	1º Assinante	Dra. Thaís	
2º Assinante	Dr. Marcos Valença		
3º Assinante			
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
PRVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

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

Acidente Durante a Operação

- Sem intercorrências

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- (1) Ferimento em decúbito dorsal, sob raquianestesia
- (2) Aproximação e sutura de MIE
- (3) Colocação de curativos
- (4) Direção de sutura
- (5) Fechamento de fasciotomia lateral
- (6) Aproximação de bordos
- (7) Avaliação

OBS: Perfusão normal após procedimento. Sem pontos após o procedimento.



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIH : 221610177979-3  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Órgão Emissor: M221100601

FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

NASCIMENTO  
06/11/1972

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

D.LIBERA: 21/11/2016

PROCED.: 0408050551

OP.SISI: WELLINGTON

CID : S821

DT. LAUDO: 10/11/2016

TRATAMENTO: FRATURA DO PLANTO TIBIAL

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

524

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SOBRINHO

FORMA SOLICITAÇÃO: ANEST

6 - Prontuário: 306104

7-CNS: 704609707553830

8-Nascimento: 06/11/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1261014 - SSP

11-Mãe: MARIA PEREIRA GOMES

12-Pont: -

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Ende: 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:

— Dor e deformidade de perna E.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

4-Cod.Proced.: 21-Procedimento Solicitado:

0408050551

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

29-Clinica:

30-Caráter: Ycent.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

10/11/2016

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

8-Documeto:

48-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

Jose Gonçalves Cordeiro Filho  
Médico Auditor DRCAM/SMS  
CPF: 025.500.753-15

50-Assinatura do Responsável pelo Laudo

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Guilherme Almeida

52-Endereço: RUA MARIA ANTÔNIA  
Cidade: Teresina - PI  
CEP: 64000-000

DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA  
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

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



# 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

Pag: 1 de 1

## 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 tíbia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tíbia proximal com fixação metálica.

(JOAO 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

*Wanderson de Jesus Medeiros*  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 2687



# 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

Página 1 de 1

## 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: LAD 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

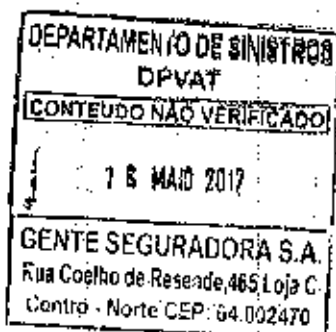
O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Fratura cominutiva na tíbia proximal com fixação metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2017



**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

*Handwritten signature and stamp of Gerson Luis Medina Prado*



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco das Chagas Schiavo

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

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Hidrolina</u>
Número	<u>2864</u>
Apto / Complemento	<u>Planta 04</u>
Bairro	<u>Vale quem tem</u>
Cidade	<u>Teremina</u>
Estado	<u>PR</u>
CEP	<u>64057020</u>
Telefone de Contato	<u>06-98128-3786 - 99922-4729</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teremina, 06.03.17

Assinatura do Declarante

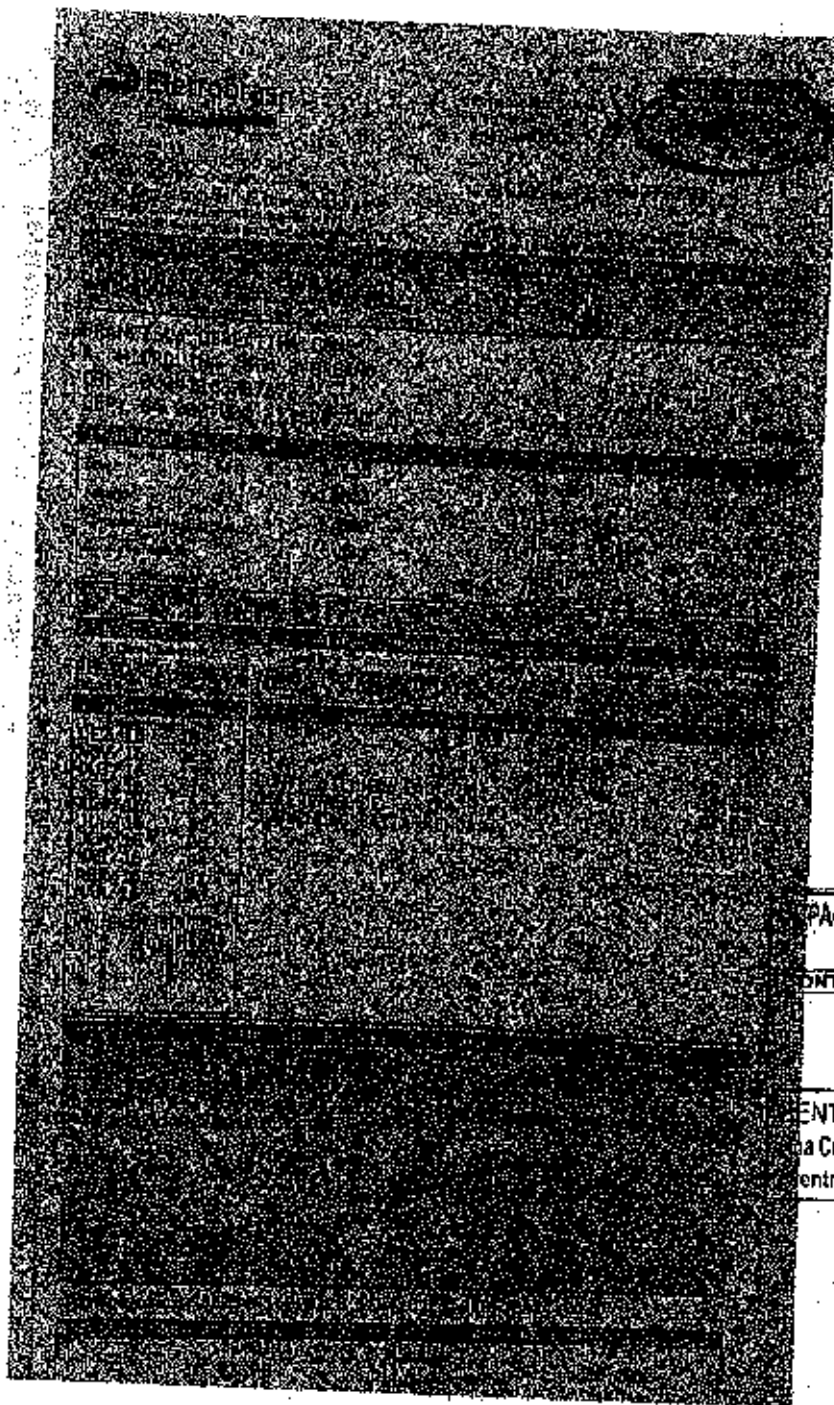
Francisco das Chagas Schiavo

DEPARTAMENTO DE REGISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 MAR 2017

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
BPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

16 MAIO 2017

COMPANHIA SEGURODORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Lapa  
Rio de Janeiro - Norte CEP: 64.0024



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

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



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	3323	26/10/16	2905	22/01	22/10
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	22/18	22/14			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Av. 15 de Novembro		Teressina		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	Trilhões	Francisco das Chagas Sobrinho	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	1 - Da 2 - Mes 3 - Ano 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - Apé 2 - Automóvel 3 - Motociclista 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	Pulso 78 Resp. 150x100 PA 150x100 TAX. 96x13 SatO2 96%			
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	<input type="checkbox"/> Aspição <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) c) <input type="checkbox"/> Não Removido	HUT	1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	
Observações Interdisciplinares	Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando deformidade na região da perna e do joelho esquerdo. Paciente relata dor intensa na perna esquerda.				
	<div> <div> <p>Responsável pela recepção</p> </div> <div> <p>Socorrista Médico AE/TE <i>Repare</i></p> </div> <div> <p>Enfermeiro Condutor <i>Júlia</i></p> </div> </div>				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
16 MAIO 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Resende, 465 Loja 2  
Centro - Norte CEP: 64.00247-0

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

**DECLARAÇÃO**

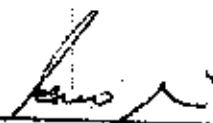
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
31 MAIO 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

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  
CONTEUDO 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.

  
**Francina Lopes Amorim Neta**  
Diretora Geral do SAMU-THE

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

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