



Número: **0808068-95.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                    |                 |
|------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|-----------------|
| ISMAEL DA SILVA RIBEIRO (AUTOR)                            |                    | ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)       |                 |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                                  |                 |
| Documentos                                                 |                    |                                                  |                 |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                        | Tipo            |
| 8986970                                                    | 26/03/2020 02:13   | <a href="#">Petição Inicial</a>                  | Petição Inicial |
| 8986972                                                    | 26/03/2020 02:13   | <a href="#">RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E BO</a> | Documentos      |
| 8986973                                                    | 26/03/2020 02:13   | <a href="#">LAUDOS E PRONTUÁRIO MÉDICO</a>       | Documentos      |

INICIAL ANEXA.



|                                                 |                                                             |                    |            |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL            |                                                             |                    |            |
| REGISTRO GERAL                                  | 3.420.289                                                   | DATA DE EXPEDIÇÃO  | 12/02/10   |
| NOME                                            | ISMAEL DA SILVA RIBEIRO                                     |                    |            |
| FILIAÇÃO                                        | MARIA SEBASTIANA DA SILVA                                   |                    |            |
| NATURALIDADE                                    | TERESINA-PI                                                 | DATA DE NASCIMENTO | 31/08/1990 |
| DOC. ORIGEM                                     | CERT.NASC. 10156 L A27 F 199<br>EXP PALMEIRAIS-PI. 22/10/09 |                    |            |
| TERESINA - PI                                   | ASSINATURA DO DIRETOR                                       |                    |            |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83 |                                                             |                    |            |
| INTERPRINT LTDA                                 |                                                             |                    |            |





*[Handwritten signature]*  
FEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 04/04/10

Scanned by CamScanner



04/04/2019



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.958.353-82**

Nome: **ISMAEL DA SILVA RIBEIRO**

Data de Nascimento: **31/08/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/03/2010**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **07:32:41** do dia **04/04/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **0EBF.534C.4BC9.A7D1**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 04/04/19





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 05/98

Para contato  
consultar informações  
nesse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO  
0002520-8

Nº da Nota Fiscal 019659666

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

CONTA  
MARÇO/2019

VENCIMENTO  
03/04/2019

CONSUMO (kWh)  
112

TOTAL A PAGAR (R\$)  
105,61

JOSE ROQUE DE ALMEIDA  
R. QUINTINO BOCAIUA 1072 1072  
CPF: 000000000000000000

B-URBANO

| DADOS DA CONTA - TEREZINA   |       | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      |       | Atual:           | 27/03/2019 |
| Anterior:                   | 49860 | Anterior:        | 27/03/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 49748 | Próxima Leitura: | 25/02/2019 |
| Consumo Medido:             | 1,000 | Emissão:         | 26/04/2019 |
| Consumo Faturado:           | 112   | Apresentação:    | 26/03/2019 |
| Forma de Faturamento:       | FCAM  | Dias de Consumo: | 27/03/2019 |

| NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |                |
|-------------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse                    | Ligação | Número Medidor | Poste | Código Fat. | Média 12 meses |

|             |      |         |                            |     |  |
|-------------|------|---------|----------------------------|-----|--|
| RESIDENCIAL | MONO | 407.976 | descrição da conta 1.1.1.1 | 107 |  |
|-------------|------|---------|----------------------------|-----|--|

|                 |     |                                |       |
|-----------------|-----|--------------------------------|-------|
| Mês/ano consumo |     | CONSUMO 112 A R\$ 0,868147 =   | 97,23 |
| FEV/19          | 177 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 8,38  |
| JAN/19          | 203 |                                |       |
| DEZ/18          | 71  |                                |       |
| NOV/18          | 136 |                                |       |
| OUT/18          | 161 |                                |       |
| SET/18          | 122 |                                |       |
| AGO/18          | 18  |                                |       |
| JUL/18          | 124 |                                |       |
| JUN/18          | 11  |                                |       |
| MAI/18          | 30  |                                |       |

TARIFA SOCIAL (TSEE)  
0 A 112 - 0,000000

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/04/2019. O não pagamento por 30 dias ensejará também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

#### RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |                                    |                             |      | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |       |      |
|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------|-------------------------|--------|-------|------|
| Distribuição:             | 986F.5245.534A.2B09.E007.823F.E64C |                             |      | Alíquota ICMS:          |        |       |      |
| Energia:                  |                                    |                             |      | Valor do ICMS:          | 97,23  | 75,84 |      |
| Transmissão:              | 20,17                              |                             |      | Valor do PIS:           | 22,00% |       |      |
| Encargos:                 | 38,95                              |                             |      | Valor do COFINS:        |        | 21,39 |      |
| Tributos:                 | 6,59                               |                             |      |                         |        |       |      |
|                           | 4,15                               | INDICADORES DE CONTINUIDADE |      |                         | 1,41%  | 1,06  |      |
|                           | 27,37                              |                             |      | FIC                     | 6,49%  | 1,92  |      |
|                           |                                    |                             |      |                         |        |       |      |
| Limite                    |                                    |                             |      |                         |        |       |      |
| Realizado                 |                                    |                             |      |                         |        |       |      |
| Conjunta                  | 0,00                               | 0,00                        | 0,00 | 0,00                    | 0,00   | 0,00  | 0,00 |
|                           | 0,00                               |                             | 0,00 |                         | 0,00   |       |      |



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0002520-8

MÊS FATURADO

03/2019

Nº da Nota Fiscal:

01/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

105,61

VENCIMENTO

03/04/2019

019659666 FCAM

83640000001 1 05610017000 2 00000000002 6 52080319008 8



SEQ.: 00273 UC: 0002520-8 DT. LEIT.: 27/03/2019 T. ENTR.: 01  
LEITURA: 49860 NORMAL TOTAL: 105,61 CARGA: 021  
DT. VENC.: 03/04/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2181



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIRETORIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Processo nº 20032602093270000000008579164

REQUERENTE: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO

REQUERIDO: [illegible]

ASSISTENTE: [illegible]

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE IMÓVEL

REQUERENTE: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO

REQUERIDO: [illegible]

ASSISTENTE: [illegible]

REQUERENTE: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO

REQUERIDO: [illegible]

ASSISTENTE: [illegible]

REQUERENTE: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO

REQUERIDO: [illegible]

ASSISTENTE: [illegible]

REQUERENTE: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO

REQUERIDO: [illegible]

ASSISTENTE: [illegible]

REQUERENTE: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO

REQUERIDO: [illegible]

ASSISTENTE: [illegible]

REQUERENTE: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO

REQUERIDO: [illegible]

ASSISTENTE: [illegible]

REQUERENTE: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO

REQUERIDO: [illegible]

ASSISTENTE: [illegible]





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

392 v. 1.0



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000843/2019-92**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resposta pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 01/03/2019 - 13:33

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA LINDOLFO MONTEIRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

13/01/2018 - 07:30

Bairro

FÁTIMA

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO

RG: 3494806

Mãe: IRACENA COSTA DO VALE ARAUJO

Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, Nº 1072

Bairro: CENTRO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9539-7439

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 START, ANO 2016, PLACA PIS-9162, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR ACIMA QUALIFICADO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 455142. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA  
Almiralce R. Lebre Carlos  
Escrivã Especial  
Mat.: 009761-6

LUCAS DO VALE ARAUJO - Notificante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"  
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS  
Recebido em: 04/04/19

AVERBAÇÃO AO B.O.0843/2019-92

AVERBA-SE A ESTE B.O. PARA INFORMAR QUE A VITIMA É ISMAEL DA SILVA RIBEIRO, CPF 057.958.353-82, RG 3.420.289, FILHO DE MARIA SEBASTIANA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA QUINTINO BOCAIUVA 1072, CELULAR (86) 9 9539-7439., FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, ONDE FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 455142. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

TERESINA, 12 MARÇO DE 2019



1 Ismael da Silva Ribeiro

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

AVERBANTE

Almirallice R. Lebre Carlos  
ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS  
AGENTE DE POLÍCIA  
Escriva Especial  
Mat.: 009751-6

AVERBAÇÃO AO B.O: 843/2019-92

AVERBA-SE A ESTE B.O. QUE A DATA CORRETA DO ACIDENTE É: 13/12/2018.

TERESINA, 26 DE MARÇO DE 2019



x Ismael da Silva Ribeiro  
ISMAEL DA SILVA RIBEIRO  
AVERBANTE

Francileude Lima  
FRANCILEUDE LIMA  
APC

"DOCUMENTO ORIGINAL"  
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS  
Recebido em: 04/04/19





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO. CPF: 057.958.353-82  
Profissão: CORRETOREIRO. Endereço: RUA DOSSO BOCAIUVA. Número: 1072. Complemento:  
Bairro: NOVA SRA DAS GRAÇAS. Cidade: TERESINA. Estado: PIAUÍ. CEP:  
E-mail: Tel.(DDD): 86 99539-7439

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3829 CONTA: 3294 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, TERESINA 19/03/2019  
Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO  
CPF: 057.958.353-82

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | Nome: CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EDS 001 V001/2018

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ISMAEL DA SILVA RIBEIRO** (Prontuário: 455142)  
Endereço: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 31/08/1990 Idade: 28a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 697950  
Requisição: 900645 Solicitação: 13/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1118105 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 13/12/2018

### PERNA DIREITA

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

- Fraturas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 22/01/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

*Reas*  
Patrícia Viana Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



PACIENTE: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

MÉDICO SOLICITANTE: ALVARO FRANCISCO CORREA LIMA CAMARA

IDADE: 28A 4M 10D

SEXO: M

PEDIDO: 526573

CÓD. PAC.: 588534

DATA: 09/01/2019



## RADIOGRAFIA DIGITAL DA PERNA DIREITA

### RELATÓRIO:

#### Radiografia de controle evolutivo pós-operatório evidenciou:

- Fratura completa cominutiva da região médio-diafisária da tíbia fixada por placa e parafusos metálicos.
- Fratura completa transversa da região diafisária médio/distal da fíbula, com alinhamento satisfatório de seus fragmentos.
- Demais estruturas ósseas regionais anatômicas.
- Superfícies e espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

DR ANTONIO LOBAO VERAS FILHO  
RADIOLOGISTA  
CRM: 2697

DA CORRETORA DE SEGUROS  
emitido em: 09/04/19

Emitido em: 9/1/2019 às 14:26 - Pedido: 526573 - Paciente: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Página 1 de 1

|                                     |                                          |                                        |                                  |                                      |                                           |                                     |                                               |                                   |
|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
| Dra. Alessandra S. Maia<br>CRM-4637 | Dra. Ana K. C. Carvalho<br>CRM-5071      | Dr. Antônio Lobão V. Filho<br>CRM-2697 | Dr. Culo C. D. Cosme<br>CRM-5059 | Dr. Charles A. B. Veloso<br>CRM-2934 | Dr. Francisco C. da S. Junior<br>CRM-5062 | Dr. George C. Rodrigues<br>CRM-2831 | Dra. Gracielly R. de A. C. Branco<br>CRM-5012 | Dra. Hossana Araújo<br>CRM-4869   |
| Dr. Ilan L. L. Mendes<br>CRM-5172   | Dra. Isabella R. M. N. Brito<br>CRM-5240 | Dra. Joyce D. Cosme<br>CRM-4274        | Dra. Joyce Ribeiro<br>CRM-4659   | Dra. Luciana P. Dias<br>CRM-4084     | Dr. Renato de O. Pereira<br>CRM-4188      | Dr. Robert W. M. Dantas<br>CRM-2460 | Dra. Teresa C. Cipriano<br>CRM-5454           | Dr. Thiago M. Barbosa<br>CRM-3542 |

- ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
- ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey
- ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

86 3194.5555  
clinicaultrax.com



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ISMAEL DA SILVA RIBEIRO** (Prontuário: 455142)  
Endereço: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 31/08/1990 Idade: 28a6m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 228848  
Requisição: 901082 Solicitação: 14/12/2018 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR  
Controle: 1118834 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 231 LEITO 228

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 14/12/2018

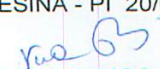
**PERNA DIREITA**

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada com fixação metálica no terço médio da tíbia.
- Fratura no terço distal da fíbula.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/03/2019

  
**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



  
DA CORRETORA DE SEGUROS  
Emissão: 04/04/19



**FisioWand**

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

LAUDO CINESIOLOGICO FUNCIONAL PARA DPVAT

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 13/12/2018 COM FRATURAS NA DIAFISE DA TIBIA E FIBULA NO SEGMENTO INFERIOR DIREITO, O MESMO REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR NAS LESOES, ASSOCIADO AO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO COM O OBJETIVO DE RECUPERAR A FUNCIONALIDADE DOS SEGMENTOS AFETADOS DEVIDO AS FRATURAS MOSTRADAS EM EXAMES.

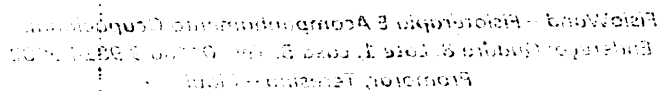
O MESMO APRESENTA DEBILIDADE FUNCIONAL COM SEQUELAS DE 80% DOS SEGMENTOS FRATURADOS, ASSOCIADO COM QUADRO ALGICO.

CID 10 - S82.2 S82.6

  
Wand Jorge da Silva Rodrigues  
Fisioterapeuta  
CREFITO 161067-F

FisioWand – Fisioterapia E Acompanhamento Ocupacional.  
Endereço: Quadra 8, Lote 1, casa B. Tel. 0\*\*86 9 9814 9002  
Promorar, Teresina – Piauí







PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Ismael da Silva Ribeiro DATA: 14/12/2018  
DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº: 455142  
ANESTESIA: Dr. Laurindo CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
CIRURGIÃO: Dr. Fernando Nº DA SALA: 05  
AUXILIAR: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTA: Raque - Dr. Laurindo CPF Nº: 068972903-00  
INSTRUMENTADORA: Leandra Médico Anestesiologista  
CRM Nº 474 CPE Nº 088.972.903-00

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO         | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-----------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25x8           | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI    | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30x8           | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 7+0          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40x12          | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 8+0          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE          | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 05     |       |
| ÁLCOOL 70%            | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO               | BOLA  |        |       | PVPI TÓPICO          | ML     | 200    |       |
| ÁGUA OXIGENADA        | ML    |        |       | PVPI TINTURA         | ML     |        |       |
| COMPRESSA             | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC         | UNID.  | 01     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA     | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC         | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO           | CM    | 80     |       | SERINGA 5CC          | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº            | UNID. |        |       | SERINGA 3CC          | UNID.  |        |       |
| FORMOL                | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO | 05     |       |
| GASES                 | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL        | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº 20           | UNID. | 01     |       | crepom               | Pac    | 03     |       |
| 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             | 20    | 04     |       |                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL        |       |        |       |                      |        |        |       |
| VICRYL                | 0     | 03     |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| PROLENE               |       |        |       | CIRCULANTE:          |        |        |       |

*Patricia Viana Sales Leão*  
Matrícula: 62.7499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

|                                                         |                                                                                                             |                         |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Nome do Paciente <u>Ismael da Silva Ribeiro</u>         |                                                                                                             |                         |
| Diagnóstico pré-operatório <u>FRAT. DIST. de T.B.I.</u> |                                                                                                             |                         |
| Operação - Tipo <u>R.A.T.T. + L.M.C. e Joelho</u>       |                                                                                                             |                         |
| Cirurgião <u>Fernando Couto</u>                         |                                                                                                             | 1º Assistente           |
| 2º Assistente                                           |                                                                                                             | 3º Assistente           |
| Instrumentador(a)                                       | Anestesia <u>Dr. Laurindo Raulino Filho</u><br>Médico Anestesiologista<br>Inscrição 474 CPF: 068.972.903-00 | Anestesia <u>Raposo</u> |
| Anestésico(a)                                           |                                                                                                             |                         |
| Data da Operação <u>14/12/18</u>                        |                                                                                                             | Fim                     |
| Diagnóstico Pós-operatório                              |                                                                                                             |                         |
| Relatório Imediato do Patologista                       |                                                                                                             |                         |
| Acidente Durante a Operação                             |                                                                                                             |                         |

*Reus*  
Patrícia Viana Sales Leão  
Matrícula: 6.7499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

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

- 1) Corte SMO sob naquela esteira
- 2) Têxpus habitual
- 3) Via Antero-medial + dissecação
- 4) Redução
- 5) Fixação c/ placa + parafusos
- 6) Lavagem c/ SF 0,9%
- 7) SUTURA
- 8) CURATIVO
- 9) Desbi-damento no joelho
- 10) Lavagem c/ SF 0,9%
- 11) SUTURA
- 12) CURATIVO

*Dr. Fernando C. de Oliveira*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 24675 TEOT 11913

Mod. 76 HUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ortopedica

BOLETIM DE ENTRADA (BE) NUC 14:20  
13/12/18

Imp: 13/12/2018 09:17:14  
(User: CAMILA NORBERTA)  
(Estação: RECEPCAO02)

DADOS DO PACIENTE:

|              |                                                                      |             |                     |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|
| Nome:        | ISMAEL DA SILVA RIBEIRO                                              | Prontuário: | 455142              |
| Mãe:         | MARIA SEBASTIANA DA SILVA                                            | Pai:        | NAO INFORMADO       |
| End.Resid.:  | RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |             |                     |
| Nascimento:  | 31/08/1990                                                           | Idade:      | 28a3m13d            |
| Responsável: | RENATA-ESPOSA                                                        | Sexo:       | Masculino           |
| Profissão:   | COZINHEIRO                                                           | Fone:       | 86-99539-7439       |
| Instrução:   | Médio Completo                                                       | CNS:        | 898004515240864     |
| End.Local.:  | - - -                                                                | Documento:  | RG: 3420289 - SSPPI |
|              |                                                                      | E.Civil:    | Comcubinato         |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|                   |                                                                            |          |                     |           |       |         |  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|--|
| Código:           | 697950                                                                     | Entrada: | 13/12/2018 09:15:32 | Convênio: | S U S | Proced: |  |
| Motivo da Procura | -nforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC |          |                     |           |       |         |  |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                |                |            |
|--------------------------------|----------------|------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: | Classificação: | Cor:       |
|                                |                | Indefinido |
| Breve História Clas. Risco:    |                |            |

Patricia Viana Sales Leão  
Mantida: 02/2019  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

|       |                   |         |   |      |       |        |     |          |      |
|-------|-------------------|---------|---|------|-------|--------|-----|----------|------|
| SSVV: | (Hora: ____:____) |         |   |      |       |        |     |          |      |
| Peso: | Kg                | Altura: | M | IMC: | Kg/m2 | Pulso: | bmp | Pressão: | mmHg |

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:  
Paciente vítima de acidente de motocicleta, sem capacete. Ao escame: (A) vito, aereos, perficis, sem calor. (B) UV+ bilateramente. (C) FC = 80 bpm, abdome flavel, indolor a palpacio, RHAO, (D) Glaxo 15, pup. los rexicos, fotonegros. (E) losao em joelho D, fratura em tibia (D).

|                      |      |
|----------------------|------|
| Diagnóstico Inicial: | CID: |
|----------------------|------|

|                        |
|------------------------|
| Exames Complementares: |
| Rx de Joelho (D)       |
| Rx de Perna (D)        |

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| Prescrição Médica:                              |
| Sala de Hipertensão e Keto                      |
| Tramal 100 mg — 01 amp + 100 ml SF 0,9% e fagoc |

|                                      |
|--------------------------------------|
| Motivo da Alta/Encerramento:         |
| DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ |

Renata Cristina 822  
Assinatura Paciente ou Responsável

04080520000





FMS  
Fundação Municipal de Saúde

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

CLÍNICA

ENF. ou APT.

LEITO

ALERGIAS

MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: / / HORA:

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES



Assinatura

MÉDICO/CRM:

CONFERE COM O ORIGINAL  
Márcia Maria Sales Lago  
Médica - HUI  
Salvador - 027498

- 1 - Dieta geral
- 2 - Sólido 500ml EV 12/12h
- 3 - Torçãõ 01 amp + ADEV 500mg
- 4 - Tenocicam 20mg + ADEV 500mg
- 5 - Fomeção 50 mg + ADEV 500mg
- 6 - Fomeção 50 mg + ADEV 500mg
- 7 - CCGG + SSV

Assinatura

Visto Radiologista  
Adriano Karla Cruz 15316

14/12

07:30 - até 13. exerceo

radiocirurgia. Rego HUI

Patologias. PP-12/17, PP-1

14/12/2020

05:30

05:30

Assinatura  
Ortopedia  
CRM-PI: 3821107







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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

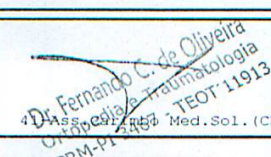
|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>228848</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                               |                          |                   |                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------|
| 5-Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO                               |                          |                   | 6 - Prontuário: 455142  |
| 7-CNS: 898004515240864                                        | 8-Nascimento: 31/08/1990 | 9-Sexo: Masculino | RG: 3420289- SSPPI-Exp: |
| 11-Mãe: MARIA SEBASTIANA DA SILVA                             |                          |                   | 12-Fone: 86-99539-7439  |
| 13-Resp: RENATA-ESPOSA                                        |                          |                   | 14-Fone: 86-99539-7439  |
| 15-Ende: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - CEP: 64000-010 |                          |                   |                         |
| 16-Munic: TERESINA                                            | 17-Cod.IBGE: 221100      | 18-UF: PI         | 19-CEP: 64000-010       |

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

|                                   |                                                                 |  |                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.            | 30 - Procedimento Principal / Descrição:                        |  |                         |
| 0408050500                        | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA             |  |                         |
| 31-Cod.Procedi-<br>mento Especial | 32 - Descrição do Procedimento Especial:                        |  | Quant. Soli-<br>cidata: |
| 0702030902                        | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS) |  | 1                       |
| Fornecedor da OPM: SPINE          |                                                                 |  |                         |

|                                                                         |                                                  |                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38-Profissional Responsável:<br><b>JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                  | <br><b>Dr. Fernando C. de Oliveira</b><br>Assessoria de Traumatologia<br>CRM-PI 24557 TEOR 11913<br>Med.Sol. (CRM) |
| 39-Data Solicitação:<br><b>14/12/2018</b>                               | 40-No.Doc. Med. Solic.:<br><b>835.447.043-15</b> |                                                                                                                                                                                                         |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fratura diaf de tibia*

**AUTORIZAÇÃO**

|                                                                     |                                    |                              |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                              | 47-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 48-CNS/CPF:                  |
| 51-Justificativa da 'NAO' autorização:                              |                                    | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |
| 50. Nome do Profissional/parecer controle<br>de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 52-CNS/CPF:                  |
|                                                                     |                                    | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

(KARLA BATISTA)

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





UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
CLÍNICA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | PRONTUÁRIO        | DATA NASC  | IDADE | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO       | MÉDICO ASSISTENTE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|------------|-------|------------|------------|-------------|-------------------|
| ISMAEL DA SILVA RIBEIRO                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    | 455142            | 31/08/1990 | 28    | Ortopédica | 231        | 228         |                   |
| DATA/HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CÓDIGO                                             | PRESCRIÇÃO MÉDICA |            |       | HORÁRIOS   |            | OBSERVAÇÕES |                   |
| DI: 13/12/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FRAT. TIBIA D                                      |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 15/12/18                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Dieta oral livre                                   |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Jeico salinizado                                   |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Dipirone _ 01 amp + AD EV 6/6hs                    |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                        |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs             |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                   |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | clexane 40mg 1amp SC 1X DIA                        |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Curativos diários                                  |                   |            |       |            |            |             |                   |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cuidados gerais e sinais vitais                    |                   |            |       |            |            |             |                   |
| <p>Dr. Jordano Cronembregger / Dr. Yuri Juago Filho / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM3415-TEOT10029 / CRM32308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367</p> |                                                    |                   |            |       |            |            |             |                   |

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Partida Anna Sales Macedo  
marcela-07499  
SANTOS - HUI  
CONFERE COM O ORIGINAL

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA**

NOME: Simone de Jesus Almeida IDADE: anos DATA: 14/12/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO: 17 hs 56 min TIPO DE ANESTESIA: GERAL (TRAQUE) (BLOQUEIO) (PERIDURAL) (SEDAÇÃO)

CIRURGIA REALIZADA: Cirurgia de Hernia

**SINAIS VITAIS**

|                                 | ADMISSÃO   | SAÍDA      |
|---------------------------------|------------|------------|
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | 101/54(69) | 104/57(70) |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | 80         | 91         |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | 94         | 95         |
| TEMPERATURA AXILAR (°C)         | —          | —          |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   | —          | —          |

NOME/MATRÍCULA: Paula

**ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK**

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

**ATIVIDADE ESCALAR**

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

**CONSCIÊNCIA**

| CONSCIÊNCIA                               | SAÍDA | ADMISSÃO |
|-------------------------------------------|-------|----------|
| Desperta, se solicitado                   | 1     | 1        |
| Esta lúcido e orientado no tempo e espaço | 2     | 2        |
| Não responde                              | 0     | 0        |

**SATURACÃO**

| SATURACÃO                                                                                   | SAÍDA | ADMISSÃO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|
| É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2     | 2        |
| Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1     | 1        |
| Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0     | 0        |
| <b>SAÍDA</b>                                                                                | 2     | 2        |

**ESCALA DE DOR**

| ESCALA DE DOR | SAÍDA | ADMISSÃO |
|---------------|-------|----------|
| 0             | 0     | 0        |
| 1             | 1     | 1        |
| 2             | 2     | 2        |
| 3             | 3     | 3        |
| 4             | 4     | 4        |
| 5             | 5     | 5        |
| 6             | 6     | 6        |
| 7             | 7     | 7        |
| 8             | 8     | 8        |
| 9             | 9     | 9        |
| 10            | 10    | 10       |

**ESCALA DE ADMISSÃO**

| ESCALA DE ADMISSÃO | SAÍDA | ADMISSÃO |
|--------------------|-------|----------|
| 0                  | 0     | 0        |
| 1                  | 1     | 1        |
| 2                  | 2     | 2        |
| 3                  | 3     | 3        |
| 4                  | 4     | 4        |
| 5                  | 5     | 5        |
| 6                  | 6     | 6        |
| 7                  | 7     | 7        |
| 8                  | 8     | 8        |
| 9                  | 9     | 9        |
| 10                 | 10    | 10       |

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

Paciente admitido na SEI em 17/12/2018, Regime Clínico, Consciente.

**RAIO-X REALIZADO**

DATA: 14/12/2018 Técnico: S

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Dr. Laurindo Raulino Filho  
Médico Anestesiologista  
CRM: 14.088.072.903-00

**ANESTESIOLOGISTA**

Maria Jurema de Oliveira  
Enfermeira  
CON-EN-PI 454.168

**HORÁRIO**

**SAÍDA**





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>228848</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                                                |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 5-Nome: <b>ISMAEL DA SILVA RIBEIRO</b>                                                         | 6 - Prontuário: <b>455142</b>  |
| 7-CNS: <b>898004515240864</b> 8-Nascimento: <b>31/08/1990</b> 9-Sexo: <b>Masculino</b>         | RG: <b>3420289- SSPPI-Exp:</b> |
| 11-Mãe: <b>MARIA SEBASTIANA DA SILVA</b>                                                       | 12-Fone: <b>86-99539-7439</b>  |
| 13-Resp: <b>RENATA-ESPOSA</b>                                                                  | 14-Fone: <b>86-99539-7439</b>  |
| 15-Ender: <b>RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - CEP: 64000-010</b>                          |                                |
| 16-Munic: <b>TERESINA</b> 17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b> |                                |

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

|                                             |                                                                                                                |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19-Cod. Procd.Anterior<br><b>0408050500</b> | 18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b> |
| 21-Cod. Mudança Procd.<br><b>0415030013</b> | 20 - Mudança de Procedimento / Descrição<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>                    |
| 25-Cod. Diagnóstico:<br><b>?</b>            | 24-Cod. Sinais e Sintomas                                                                                      |

|                                                                         |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 38-Profissional Responsável:<br><b>JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                  |
| 39-Data Solicitação:<br><b>13/12/2018</b>                               | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>835.447.043-15</b> |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MID, COM FRATURA DA TIBIA E JOELHO.  
0408050500 S822  
0413040178 T009

**AUTORIZAÇÃO**

|                                                                     |                             |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                              | 47-Data Autorização:<br>/ / | 48-CNS/CPF:                                                                                                                                                             |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                              |                             |                                                                                                                                                                         |
|                                                                     |                             | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)                                                                                                                                            |
| 50. Nome do Profissional/parecer controle<br>de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br>/ / | 52-CNS/CPF:<br><b>1370173</b><br><b>Marcondes Martins S. Moura</b><br><b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b><br><b>CNPJ: 12.951.200/01</b><br><b>CNS 17026395120001</b> |

*Ass*  
Patrícia Viana Sales Leão  
Matrícula: 06.7499  
SAMIS - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



|                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS                                                                          |  | Nº LAUDO: 158912                                                                                                        |  | AIH: 2218101166347                                                                                                      |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO                                                                                        |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                             |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT                                                            |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| CNS                                                                                                                     |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| 528856                                                                                                                  |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                                              |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT                                                            |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| CNS                                                                                                                     |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| 528856                                                                                                                  |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                               |  |                                                                                                                         |  |                                                                                                                         |  |
| NOME DO PACIENTE                                                                                                        |  | ISMAEL DA SILVA RIBEIRO                                                                                                 |  | DOCUMENTO                                                                                                               |  |
| 898004515240864                                                                                                         |  | 86995397439                                                                                                             |  | 86995397439                                                                                                             |  |
| NOME DA MÃE                                                                                                             |  | MARIA SEBASTIANA DA SILVA                                                                                               |  | RESPONSÁVEL                                                                                                             |  |
| ISMAEL                                                                                                                  |  | ISMAEL                                                                                                                  |  | ISMAEL                                                                                                                  |  |
| CEP                                                                                                                     |  | ENDEREÇO (LOGRADOURO)                                                                                                   |  | NÚMERO / LOTE                                                                                                           |  |
| 000                                                                                                                     |  | COMPLEMENTO                                                                                                             |  | MUNICÍPIO                                                                                                               |  |
| TERESINA                                                                                                                |  | UF                                                                                                                      |  | PI                                                                                                                      |  |
| BAIRRO                                                                                                                  |  | CENTRO                                                                                                                  |  | CID 10 PRINCIPAL                                                                                                        |  |
| CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                       |  | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                                                |  | CÓDIGO                                                                                                                  |  |
| 0415030013                                                                                                              |  | 0415030013                                                                                                              |  | 0415030013                                                                                                              |  |
| CÓDIGO                                                                                                                  |  | CÓDIGO                                                                                                                  |  | CÓDIGO                                                                                                                  |  |
| 0408050500                                                                                                              |  | 0408050500                                                                                                              |  | 0408050500                                                                                                              |  |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO                                                                                                 |  | MUDANÇA DE PROCEDIMENTO                                                                                                 |  | MUDANÇA DE PROCEDIMENTO                                                                                                 |  |
| DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR                                                                          |  | DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA                                                                           |  | DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA                                                                           |  |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA                                                                     |  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA                                                                     |  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA                                                                     |  |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO                                                                                |  | TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO                                                                                |  | TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO                                                                                |  |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)                                                                            |  | SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)                                                                            |  | SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)                                                                            |  |
| PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)                                                                                           |  | PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)                                                                                           |  | PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)                                                                                           |  |
| JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                                                                                            |  | JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                                                                                            |  | JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                                                                                            |  |
| PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MÍD, COM FRATURA DA TÍBIA E JOELHO, 0408050500, S8220413040178, 1009 |  | PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MÍD, COM FRATURA DA TÍBIA E JOELHO, 0408050500, S8220413040178, 1009 |  | PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MÍD, COM FRATURA DA TÍBIA E JOELHO, 0408050500, S8220413040178, 1009 |  |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                |  | PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                |  | PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                |  |
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                        |  | NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                        |  | NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                        |  |
| MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA                                                                                |  | MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA                                                                                |  | MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA                                                                                |  |
| CNS SOLICITANTE                                                                                                         |  | CNS SOLICITANTE                                                                                                         |  | CNS SOLICITANTE                                                                                                         |  |
| 201560410270004                                                                                                         |  | 201560410270004                                                                                                         |  | 201560410270004                                                                                                         |  |
| DATA SOLICITAÇÃO                                                                                                        |  | DATA SOLICITAÇÃO                                                                                                        |  | DATA SOLICITAÇÃO                                                                                                        |  |
| 09/01/2019                                                                                                              |  | 09/01/2019                                                                                                              |  | 09/01/2019                                                                                                              |  |
| AUTORIZAÇÃO                                                                                                             |  | AUTORIZAÇÃO                                                                                                             |  | AUTORIZAÇÃO                                                                                                             |  |
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                        |  | NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                        |  | NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                        |  |
| LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS                                                                                 |  | LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS                                                                                 |  | LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS                                                                                 |  |
| CNS AUTORIZADOR                                                                                                         |  | CNS AUTORIZADOR                                                                                                         |  | CNS AUTORIZADOR                                                                                                         |  |
| 980016001406516                                                                                                         |  | 980016001406516                                                                                                         |  | 980016001406516                                                                                                         |  |
| ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO                                                                                          |  | ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO                                                                                          |  | ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO                                                                                          |  |
| 09/01/2019 16:27:37                                                                                                     |  | 09/01/2019 16:27:37                                                                                                     |  | 09/01/2019 16:27:37                                                                                                     |  |
| ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)                                                                          |  | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)                                                                          |  | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)                                                                          |  |

Patricia Maria Sales Lado  
Médica - HUT  
Série: 0.7499  
CONFERE COM O ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

228848

158912

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>228848</b>            |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                              |                          |                   |                        |  |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------|--|
| 5-Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO                              |                          |                   | 6 - Prontuário: 455142 |  |
| 7-CNS: 898004515240864                                       | 8-Nascimento: 31/08/1990 | 9-Sexo: Masculino | RG: 3420289 - SSPPI    |  |
| 11-Mãe: MARIA SEBASTIANA DA SILVA                            |                          |                   | 12-Fone: 86-99539-7439 |  |
| 13-Resp: RENATA-ESPOSA                                       |                          |                   | 14-Cor: Amarela        |  |
| 15-End: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - 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:<br>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MID |  |                      |                                |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br>TRATAMENTO CIRURGICO                                  |  |                      |                                |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br>RX            |  |                      |                                |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br>Fratura da diáfise da tibia                                               |  | 24-CID Prim:<br>S822 | 25-CID Sec.:<br>26-CID C.Ass.: |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                         |                                                                                           |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.:<br><b>0408050500</b>                                                    | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b> | Tempo SUS<br><b>4</b>                                   |
| 29-Clinica:                                                                             | 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:<br><b>02 01 CPF 835.447.043-15</b>    |                                                         |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>13/12/2018</b>                                                 | 35-Ass. Carimbo Med. SUS (CRM):<br><b>38726/1 (CRM)</b> |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

|                                                                            |                                                                                                         |                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                                     | 47-Data Autorização:                                                                                    | 2028<br><b>Marcondes Martins S. Moura</b><br>Médico Auditor - FMS - Teresina<br>CRM-PI/260 - CNS 17026395120001<br>50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) |
| 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF                                           | 49-Num. Documento:                                                                                      |                                                                                                                                                   |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><b>Renata Cristina e Silva</b> | Usuário: (VALENICE MENDES)<br>Consulta Local: 697950<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 13/12/2018 11:36:13 |                                                                                                                                                   |



|                                                             |                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR |                    |
| Nº LAUDO: 158912                                            | AIH: 2218101166347 |

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

|                           |                                             |
|---------------------------|---------------------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE |                                             |
| CARTÃO SUS                | NOME DO PACIENTE                            |
| 898004515240864           | ISMAEL DA SILVA RIBEIRO                     |
| DOCUMENTO CPF             | TELEFONE                                    |
| 898004515240864           | ISMAEL DA SILVA RIBEIRO                     |
| NOME DA MÃE               | RESPONSÁVEL                                 |
| MARIA SEBASTIANA DA SILVA | ISMAEL                                      |
| CEP                       | ENDEREÇO - LOGRADOURO                       |
| 000                       | NUMERO / LOTE                               |
| BAIRRO                    | COMPLEMENTO                                 |
| CENTRO                    | MUNICÍPIO                                   |
| TERESINA                  | LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO |

|                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                          |  |
| PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MÍD                          |  |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                          |  |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO                                                           |  |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) |  |
| RX                                                                             |  |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES                                                     |  |

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL                           |  |
| S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA                               |  |
| CID 10 SECUNDÁRIO                                                |  |
| CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                         |  |
| PROCEDIMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                          |  |
| COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                         |  |
| 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA |  |

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| LEITO/CLÍNICA                            |  |
| ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA                  |  |
| CARACTER                                 |  |
| DATA SOLICITAÇÃO                         |  |
| 13/12/2018                               |  |
| URGÊNCIA                                 |  |
| DATA ADMISSÃO                            |  |
| 16/12/2018 09:00                         |  |
| MOTIVO ALTA                              |  |
| MELHORADO                                |  |
| CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA) |  |
| TIPO ACIDENTE                            |  |
| CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE            |  |
| SÉRIE                                    |  |
| CNPJ DA EMPRESA                          |  |
| CBOE                                     |  |
| NATUREZA DA LESÃO                        |  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO |  |
| AUTORIZAÇÃO                        |  |

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO |  |
| NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR                  |  |
| ADITORIA                                                    |  |
| CRM                                                         |  |
| DATA ANÁLISE: 13/12/2018 11:45:53                           |  |
| CPF: 22799379353                                            |  |
| CÁRLOS ALVES DE ARAÚJO FILHO                                |  |

|                                        |  |
|----------------------------------------|--|
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: |  |
|----------------------------------------|--|





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                        |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado             | 01 N° do chamado                                                                                                                                                                                                                                                  | 02 Data do chamado                                                                                         | 03 PRO (código)                                                                                                                     | 04 Saída do PA                                                                        | 05 Chegada ao local                                    |
|                              | 1751                                                                                                                                                                                                                                                              | 13/11/2018                                                                                                 | 2898                                                                                                                                | 08:24                                                                                 | 08:36                                                  |
| Local da Ocorrência          | 06 Saída do local                                                                                                                                                                                                                                                 | 07 Chegada ao 1° hospital                                                                                  | 08 Saída do 1° hospital                                                                                                             | 09 Chegada ao 2° Hospital                                                             |                                                        |
|                              | 08:55                                                                                                                                                                                                                                                             | 09:14                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                        |
| Local da Ocorrência          | 10 Endereço                                                                                                                                                                                                                                                       | 11 Bairro                                                                                                  | 12 Município-UF                                                                                                                     | Código IBGE                                                                           |                                                        |
|                              | Rua Lindolfo Montenegro                                                                                                                                                                                                                                           | Novo Senhor de Fátima                                                                                      | Flu - PI                                                                                                                            |                                                                                       |                                                        |
| Dados do Paciente            | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                            | 14 Nome                                                                                                    | 15 Sexo                                                                                                                             |                                                                                       |                                                        |
|                              | prox. casa do chumbeiro                                                                                                                                                                                                                                           | Ismael da Silva Ribeiro                                                                                    | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado                                                                                       | 01                                                                                    |                                                        |
| Tipo de Ocorrência           | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                          | Se idade ignorada, preencha com 999                                                                        | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?                                                                                        |                                                                                       |                                                        |
|                              | 34/08/1990                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            | 1 - Sim<br>2 - Não<br>9 - Ignorado                                                                                                  | 02                                                                                    |                                                        |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                             | 06 - Tentativa de suicídio                                                                                 | 11 - Queda                                                                                                                          | 16 - Outros                                                                           |                                                        |
|                              | 01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica                                                                                                            | 07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico                           | 12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares                               | 17 - Já removido<br>18 - Falso chamado                                                | 01                                                     |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima                                                                                                                                                                                                                                                         | 20 Meio de locomoção                                                                                       | 21 Outra parte envolvida                                                                                                            | 22 Equipamentos de segurança                                                          |                                                        |
|                              | 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                    | 1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta                                              | 1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta                                                        | 5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado                            | Capacete<br>Cinto de segurança<br>Assento para criança |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow = 15                                                                                                                                                                                                                                                   | RESPOSTA VERBAL                                                                                            | RESPOSTA MOTORA                                                                                                                     | 24 Sinais Vitais                                                                      | 25 Local da lesão                                      |
|                              | ABERTURA OCULAR<br>4 - Espontânea<br>3 - À voz<br>2 - À dor<br>1 - Nenhuma                                                                                                                                                                                        | 5 - Orientada<br>4 - Confusa<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Nenhuma | 6 - Obedece a comandos<br>5 - Localiza dor<br>4 - Movimento de retirada<br>3 - Flexão anormal<br>2 - Extensão anormal<br>1 - Nenhum | Pulso 92<br>Resp. 130/80<br>PA 130/80<br>TAX. 97%<br>SatO2 97%                        |                                                        |
| Exame Físico                 | 26 Pupilas                                                                                                                                                                                                                                                        | 27 Pulso                                                                                                   | 28 Sangramento                                                                                                                      | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10                                                            | 30 Fratura                                             |
|                              | 1 - Iguais<br>2 - Desiguais                                                                                                                                                                                                                                       | 1 - Radial<br>2 - Central<br>3 - Ausente                                                                   | 1 - Sim<br>2 - Não                                                                                                                  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>Sem Dor Leve Moderada Intensa                               | 1 - Sim<br>2 - Não<br>3 - Suspeito                     |
| Assistência                  | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)                                                                                                                                                                                                                     | 32 Hospital de Destino                                                                                     | 33 Condições de entrada                                                                                                             | 34 Óbito                                                                              |                                                        |
|                              | Aspiração<br>Oxigênio<br>Curativos<br>Prancha longa/curta<br>Colar cervical<br>Kred<br>Imobilização de extremidades<br>Reanimação cardiopulmonar<br>Assistência obstétrica<br>Glicemia<br>Acesso Venoso<br>Medicamentos a)<br>b)<br>c)                            | HUT HUT                                                                                                    | 1 - Melhorado<br>2 - Piorando<br>3 - Inalterado                                                                                     | 1 - Sim<br>2 - Não<br>Antes do socorro<br>Antes do transporte<br>Durante o transporte |                                                        |
| Observações Interdisciplinar | 35 Observações Interdisciplinar                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                        |
|                              | Paciente vítima de acidente de trânsito, colisão de moto com carro, pouco consciente, orientado, ferido e expulso apresentando dor + lesões + deformidade em MP (Tibia) e tórax. Realizada imobilização cervical e extremidades. Realização de manobras para HUT. |                                                                                                            |                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                        |

27.11.2011