



NOME DO PACIENTE: Cláudia Leany Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492635

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT

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

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME/HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



*Monte 1 ano 1/2*  
*(X) 1/2*

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 492635
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 06/06/1966	<b>Idade:</b> 52u4m22d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99042-044
<b>Responsável:</b> O MESMO	<b>CNS:</b> 702308109715018	
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA	<b>CPF:</b> 286.647.953-04 * RC: -	
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto	<b>E. Civil:</b> Desq./Divorcado(a)	
<b>End. Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 691212	<b>Data:</b> 28/10/2018 01:26:22	<b>Condução:</b> AMBULANCIA DO SAMU
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid. Trab.:</b> SLM	<b>Trajetos?:</b> Sim	<b>Típico:</b> Não
		<b>CID Secundário:</b> V299

**DADOS CLÍNICOS:**

Acidente vítima de acidente motociclístico (moto-motor) na 1ª hora  
 após um de repouso. Acidente ocorrido em via pública, vítima em movimento.  
 (A) UA presentes, sem coloração anormal  
 (B) MM II, vi intencionalmente, sem RA  
 (C) BVE, RT, SE, nenhuma alteração  
 (D) OXIGENIO = 15  
 (E) produzir um MM II e

*RAIMUNDA GOMES DA SILVA*  
*28.10.18*  
*Téc. em Saúde*

PA: <u>  </u> X <u>  </u> mmHg	Pulso: <u>  </u>	FC: <u>  </u> bpm	Temp.: <u>  </u>
<b>Diagnóstico Inicial:</b>			<b>CID:</b>

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Solicitado RX de tórax, RX de crânio e, RX de punho e, RX de pé.

<b>ALTA:</b>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<b>DATA SAÍDA:</b> / /
	<input type="checkbox"/> À Pedido		<b>HORA:</b> :
<b>ÓBITO:</b>	<b>DESTINO:</b>		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<b>Proced. Solicitado:</b>
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<b>CID Compatível:</b>
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anal. Patol.	<b>CID Competivo:</b>

*Glauco Rocha e Silva*  
 Médico  
 CRM-PI 7110

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
 24 ABR 2018  
**DPVAT**  
 Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Matrícula: 47390  
 SIME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Imp: 28/10/2018 01:31:13  
 (CARLOS ALBERTO)

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

<b>Nome:</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 492635	
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA		<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 06/06/1966	<b>Idade:</b> 52a4m23d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86-99042-044
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 732308109715018	
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA		<b>Documento:</b> CPF: 286.647.953-04	
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto		<b>E. Civil:</b> Desq./Divorciado(a)	
<b>End. Local.:</b> - - -			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 691212	<b>Data:</b> 28/10/2018 01:26:22	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> U S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

**Data/Hora Solicitação:** 28/10/18 01:30 **ESPECIALISTA:** Cirurgião

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** Fratura exposta de fêmur distal à esquerda  
 no CC.

Dr. André Luís S. Yogueira  
 Médico  
 CRM PI 5799  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER:**

**Data/Hora:** 28/10/18 01:30 **Cir. Geral**

Paciente vítima de acidente motociclístico lesões abertas, hemodinamicamente estável.  
 Abdomen estável sem alteração. Ao exame radiográfico não evidências prévias, sem  
 lesões de fratura distal

cc: Envolvimento para CC  
 para cirurgia ortopédica

Glaucio Rocha e Silva  
 Médico  
 CRM PI 7110  
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

**Data/Hora Solicitação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ :\_\_\_ **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

PJ-CORRETORA DE SEGUROS  
 24 ABR 2019  
 DPVAT  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER:**

**Data/Hora:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ :\_\_\_

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Carimbo/Assinatura Médica: 47389  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

UETU

NOME Cetso Luiz Pereira do Silva IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 28/10 /2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 07 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA ( )GERAL ( )RAQUE ( )BLOQUEIO ( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fratura exposta de fêmur distal E CIRURGIÃO Archer

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120/76</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93</u>	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>92%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Quixome</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTKE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem sibilos	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>00</u>		

( )SONDA VESICAL	( )DRENO DE SUÇÃO	( )DRENO TORACICO	( )DVE	( )COLOSTOMIA	SONDA ( )NASOG( )NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
As 07:45h - Pac admittido no SRPA após no curativo de quot. exposta de fêmur distal E, consciente e orientado, sem dispnéia, respirando ar ambiente, AV? positivo, estável.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Elso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO	492635
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	2301223
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 52 anos, com fratura exposta de fêmur. Avaliação gineco cardíaca.

DATA: 29/10/18

Dr. Osvaldo Mendes Filho  
Cirurgião Geral - FMT  
CRM: 2128

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Meja nos/d. malim  
AC = na e 27,8 mm  
PA = 120/80 mmHg  
ECG = normal

Bem como PI  
procedimento ortopédico

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Metrícula: 17390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Antonio Vieira de Jesus  
Cardiologista  
CRM: 2135 - PA

DATA: 30/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

**Fundação Municipal de Saúde**

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - FHT  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Fls. Nº \_\_\_\_\_  
 Proc. Nº \_\_\_\_\_  
 Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE: Celso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº: 492535
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. André	CPF Nº:
AUXILIAR: Est.	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Crisanto	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Glauclide	CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE Nº 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01					
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Obs.: 3 cupang. 02 Nylon 3.0			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Kátia			
PROLENE							





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

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**

Nome: Uelso Luiz Pereira da Silva Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masc.  Fem. Idade: 52a Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
 Procedimento (s) proposto (s): Fract. Fêmur distal - fract. úngula Apto?  Sim  Não

**ANAMNESE**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias              | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2 - Patologias respiratórias                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3 - Antecedentes patológicos                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4 - Convulsão                                   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico                | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 6 - Transusão sanguínea                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 7 - Uso de medicação                            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 8 - Alergia                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - História familiar de complicações anestésicas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**EXAME FÍSICO**

PA: 150/80 Pulso: 92  arritmico  normal  alterado  
 Mallampati: (1) (2) (3) (4)  
 1. Respiratório  Normal  Alterado: \_\_\_\_\_  
 2. Cardiovascular  Normal  Alterado: \_\_\_\_\_  
 3. Neurológico  Normal  Alterado: \_\_\_\_\_  
 4. Abdome  Normal  Alterado: \_\_\_\_\_  
 5. Vias aéreas  Possível VAD  
 6. Extremidades  Normal  Alterado: \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES**

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG:		RX Tórax
ECO:		

ASA: I Anestesia proposta:  Geral  Outro: RAQU

**OBSERVAÇÃO DE CRPA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anestesiologista: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Marcos Luciano Gusante  
Médico  
CRM - PI 5901  
CRM - MA 7295



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
 centro cirúrgico

Nome do Paciente			Celso Luiz Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura exposta de fêmur do lado (E)		
Operação - Tipo			MIE + Fixação externa transosteal		
Cirurgião		2º Assistente		3º Assistente	
Dr. André Leal				André Nogueira (R3)	
2º Assistente			3º Assistente		
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	

ANEXO DO RELATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA  
 CIRCULAR Nº 101/2011  
 DE 15/05/2011

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em BDH sob roquiometria
- 2) Assésia, antissepsia
- 3) Colocação campos estéreis
- 4) Lavagem exhaustiva com SF0,9%
- 5) Colocação da fixação externa transosteal em MIE
- 6) Sutura ferimentos
- 7) Curativo estéril.

Dr. André Luís Nogueira  
 MÉDICO  
 CRM: 101.0930





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Celso Luiz Pereira da Silva Sala: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Procedimento: Fratura de Fêmur distal Cirurgião: ANDRÉ Observações: \_\_\_\_\_  
Tratamento cirúrgico

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol 0.5%	01	12mg											
2 Morphina	01	10mg											
3 Midazolam	01	2.0mg											
4													
5 cefazolin	02	2g											
6 diclofen	01	10mg											
7 ranitidina	01	50mg											
8 cefepime	01	1.0g											
9 diploca	02	2g											
10 Oxibuprodina	01	10mg											
11 Ondansetron	01	4mg											
12													
13 ETORICOXIB	01	2mg											
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

- Acesso Vascular**
- Periférico 20G
  - Cat. Venoso nº 6
  - Dificuldade acces. venoso
  - Gastos cateteres \_\_\_\_\_
  - Central \_\_\_\_\_

- Via Aérea**
- Cateter nasal
  - IOT nº \_\_\_\_\_
  - LMA nº \_\_\_\_\_

- Monitorização:**
- Cardioscopia
  - PANI
  - Oxímetro de pulso
  - ETCO2
  - Outros \_\_\_\_\_

- Anestesia:**
- Geral Venosa
  - Geral Balanceada
  - Raqui-anestesia
  - Peridural
  - Bloqueio Periférico
  - Outros \_\_\_\_\_

Decúbito: DDT

SPO2 (%)	<u>98 98 98 98 98 98</u>
ETCO2 (mmHg)	
Acas. Venoso	
Acas. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia: insuf. venoclise. E, a ra. punção  
lombor mediana em L3-L4  
com inj. 20G sem intercorrências

Dr. Márcus Luciano Uísante  
Médico  
CRM: 5081  
MCA: 7298

Anestesiologista



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4 CNES <b>5828856</b>	<b>225944</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018      8-Nascimento: 06/06/1966      9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04
11-Mãe: RAINONDA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99042-044
13-Resp: O MESMO	14-Fone: 86-99042-044
15-Endeç: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100      18-UF: PI      19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA	

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408050519</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>
21-Cod. Mudança Procd. <b>0408050624</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILARNA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
27-CID Pac: 724 <b>S724</b>	26-Diagnóstico: <b>Fratura da extremidade distal do fêmur</b>

36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS</b>	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Med. Solic.: <b>003.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em fêmur E

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: <b>170263951/20081</b> <b>Marcelo S. Martins S. Moura</b> Médico Auditor - FMS - Teresina PI, 170263951/20081

(Ass. Conselho)

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 144416 ATH: 2218101810562
---	--

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUII	CNES 5828850
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUII	CNES 5828850

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO</b> 06/06/1966	<b>PRONTUÁRIO</b> 492635	<b>SEXO</b> M
<b>DOCUMENTO</b>	<b>TELÉFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>RESPONSÁVEL</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO (LOGRADOURO)</b> RUA DOTA OLIVEIRA			<b>NUMERO / LOTE</b> 598
<b>BAIRRO</b> MONTE CASTELO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	<b>CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> 040M50624
--	---

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	<b>CÓDIGO</b> 0408050519		
<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	<b>CÓDIGO</b> 040M50624		
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b> FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 PRINCIPAL</b> S12	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>

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

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma = fratura col fêmur E

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

<b>NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> ANDRE LEAL DE VASCONCELOS	<b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b>
<b>CNS SOLICITANTE</b>	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 20/11/2018

### AUTORIZAÇÃO

<b>NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b> TANIA MOREIRA AREA LEAO	<b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b>
<b>CNS AUTORIZADOR</b> 201560395290083	<b>ORGAO EMISSOR</b> 20/11/2018 14:01:17

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matriculada 47390  
SAMB  
CONFERE COM O ORIGINAL



225944

No. da Autorização de Internação Hospitalar (A-3)

344436

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código de Internação:
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>225944</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>		
7-CBS: <b>702308109715018</b>	8-Nascimento: <b>06/06/1966</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11-Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-99042-044</b>		
13-Resp: <b>O MESMO</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>		
15-Endr: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. BRG: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

FX Exposta Fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

AS ALUM

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

RA MP. 0408050624

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Prim: **S723**

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: <b>0408050519</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>	Tempo em d: <b>4</b>	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02 01</b>	31-Docum.: <b>CPF</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>003.635.133-12</b>
33 Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO</b>	34-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>		

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	<b>14/11/18</b> <b>Marcondes Martins S. Moura</b> <b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b> <b>50944511250 - CNS 17025345120007</b> <b>Carimbo (Rg. Conselho):</b>
48-Documto: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	<b>Joana Luísa Mendes de Mesquita</b> <b>Matrícula: 47390</b> <b>SAME - FMS</b> <b>CONFERE COM O ORIGINAL</b>	
	Jeneiro: <b>LAYLA MORAIS</b> Consulta Local: <b>691212</b> Conselho SDS: Impressão: <b>28/10/2018 04:43:12</b>	

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

Nº LAUDO: 144416

AIH: 2218101810562



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

3828856

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

3828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b>	<b>NASCIMENTO</b>	<b>SEXO</b>	<b>PRONTUÁRIO</b>
	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	06/06/1966	M	492635
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	
		RAIMUNDA GOMES DA SILVA	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NÚMERO / LOTE</b>
				398
<b>BAIRRO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>L.F</b>	
MONTE CASTELO		TERESINA	PI	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

FRATURA EM MMII

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b>	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
S723 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
3408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

<b>LEITO/CLÍNICA</b>	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>
ORTOPEDIA/RUMATOLOGIA	
<b>CARÁTER</b>	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b>
URGENCIA	28/10/2018
<b>DATA ADMISSÃO</b>	<b>DATA ALTA</b>
28/10/2018 01:31	09/11/2018 18:07
<b>MOTIVO ALTA</b>	
PERMANENCIA POR REOPERACAO	

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

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

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>
TANIA MOREIRA AREA LEAD CPF: 4786135915 CRM:	
<b>DATA ANÁLISE:</b> 28/10/2018 01:34:09	<b>CPF:</b> CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>
7-CNS: <b>702308109715016</b>	8-Nascimento: <b>05/06/1966</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11-Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-99042-044</b>
13-Resp: <b>O MESMO</b>	14-Fone: <b>86-99042-044</b>
15-End: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. IBS: <b>221100</b>
	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod. Proced. Princip. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
31-Cod. Procedimento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição de Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>
	Quant. Solicitada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMMES - NF: nê</b>	

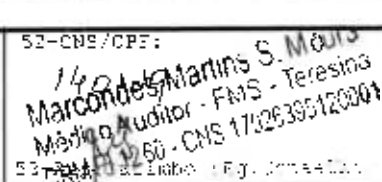
36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Méd. Solic.: <b>303.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Dor e deformidade de coxa e.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Pg. Conselho):

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>140167</b>
		

*Joana Luísa Mendes de Mesquita*  
Matrícula: 47390  
SAME - FMS -  
CONFERE COM O ORIGINAL



**PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda**  
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES  
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.  
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458  
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí  
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

### COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome:  Celso Luiz Pereira da Silva

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário:  492635  Data da Internação:  / /

Procedimento Médico Realizado: \_\_\_\_\_

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL:  28 / 10 / 18  DATA DA ALTA:  / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	<u> Fixador Tubo a Tubo. </u>
	<u> 4 Barras (2 longas / 2 curtas) </u>
	<u> 6 conectores (5 simples) / 1 duplo </u>
	<u> 3 conectores duplos </u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina   28  de  outubro  de  2018

Nome do Hospital:  HUT

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

*André Luiz de Vasconcelos*  
Ortopedia e Cirurgia da Mão  
TEOT 1367  
CRM - PI: 4803

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





226661

No. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

nº 147964

1- Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2- CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4- CNES <b>5828856</b>	<b>226661</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: 492635
7- CNS: 702308109715018	8- Nascimento: 06/06/1966
9- Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: 286.647.953-04
11- Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12- Fone: 86-99042-044
13- Resp: <b>O MESMO</b>	14- Cor: <b>sem informação</b>
15- Endereço: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>	
16- Munic: <b>TERESINA</b>	17- Cod. IBGE: 221100
18- UF: <b>PI</b>	19- CEP: <b>64000-010</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:  
*Paciente apresentando queixas de fratura supracondiliana de fêmur*

21 - Condições que justificam a internação:  
*Necessidade de fio cirúrgico*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
*Rx Fratura grave de fêmur distal*

23- Diagnóstico Inicial:  
*Fratura da extremidade distal do fêmur*

24 CID Prim.: 8724

25- CID Sec.:  
26- CID C. res.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- Cod. Proced.: <b>0408050624</b>	27- Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	Tempo SUS: <b>4</b>
29- Clínica:	30- Caráter: <b>Ident.</b>	31- Docun.: <b>02</b>
	32- Doc. Méd. Solic.: <b>01</b>	33- CPF: <b>669.742.673-04</b>
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	34- Data Solicitação: <b>08/11/2018</b>	35- Ass. Variável Mod. Sol. (CM):

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização:
48- Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49- Num. Documento:
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	<p>10/218</p> <p>Matriculada: 47390</p> <p>Carreira: (KARLA BATISTA)</p> <p>SAME - HUT</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p>Impressão: 08/11/2018 18:05:50</p>

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

Nº LAUDO: 147964



AII: 2218101817899

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828356
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO</b> 06/06/1966	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 492635
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>RESPONSÁVEL</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NÚMERO / LOTE</b> 533
<b>BAIRRO</b> MONTE CASTELO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

FRATURA EM MMII

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0498053624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR META-FISE DISTAL

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  ANDRÉ LUIZ DE VASCONCELOS CPF: 00369513312 CRM:
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 08/11/2018
<b>DATA ADMISSÃO</b> 08/11/2018 18:07	<b>DATA ALTA</b> 10/11/2018 09:00
<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

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

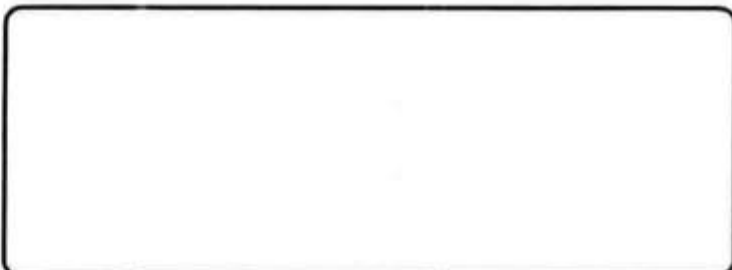
**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  HENRIQUE ACMEIDA FILHO CPF: 05580931334 CRM:	<b>DATA ANÁLISE:</b> 08/11/2018 20:29:22	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR E AVALIAÇÃO/AUDITORIA</b>  CPF:	<b>CRM:</b>	<b>DATA ANÁLISE:</b>
--	--	---	-------------	----------------------

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47396  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>226661</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>		
7-CNS: <b>702308109715018</b>	8-Nascimento: <b>06/06/1966</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11-Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-99042-044</b>	14-Fone: <b>86-99042-044</b>	
13-Resp: <b>O MESMO</b>			
15-Ende: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>			
1-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.TBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	
31-Cod.Procedi-mento Especial <b>0702030821</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS</b>	Quant. Soli-cidata: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>BIOSINTESE</b>		

38-Profissional Responsável: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>08/11/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>669.742.673-04</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fratura Supracondiliana de Fêmur  
Necessitando fixação interna.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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

*Jouana Luiza Mendes de Mesquita  
Matriçular: 37390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL*





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Celso Luiz Pereira da Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura Supracondílea de Fêmur (S)*

Operação - Tipo *Fixação Cirúrgica de Fratura Fêmur Distal (S)*

Cirurgião *Dra. Ayrão* 1º Assistente *Dr. Marcos (R)*

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) *Dr. Raulino Filho* Anestesiologista *Rayane* Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *08/11/18*

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) *Prelet em DDA sob regim anestésico.*
- 2) *Alinhamento + Anestesia + Colocação de curas*
- 3) *Redução de fratura distal + Fixação lateral em curas (S) + Drenagem por dorso + Hemostase*
- 4) *Redução de fragmentos de fêmur distal + Colocação de Parafuso DHS + Placa + parafuso. 5) Revisão de Alinhamento + Colocação de curas + Sítio Plano + Curativos*

*Ayrão*  
Dra. Ayrão Sodres Aires  
Ortopedia e Traumatologia  
CIRURGIA DA COLUMNA VERTEBRAL  
CRM-PI 3746 CRM-MA 3546 TEOT 13487



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL




HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	492635	06/06/1966	52	Ortopédica	230	223	
DI: 28/10/2018							
10/11/18							09:00 - Paciente de alta hospitalar.
1	Dieta oral livre						
2	Jeito salinizado						
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
5	Rantidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA						
10	Curativos diários						
11	Cuidados gerais e sinais vitais						
							
Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47310 SAM - HUT CONFERE COM O ORIGINAL							
							
Dr. Diariane Tronambreser / Dr. Yuri Itago Hêta / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Passos Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM 5415-7/0021 / CRM 19308 / CRM 37567/50111105 / CRM 2367							



DATA/HORA CÓDIGO	NOME DO PACIENTE	FRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
									PRESCRIÇÃO MÉDICA
DI : 28/10/2018	CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	492635	06/06/1966	52	Ortopédica	230	223		
09/11/18	FRAT.EXPOSTA FEMUR DISTAL	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
1	Dieta oral livre	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRP: 3716							
2	felco salinizado								
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
5	Ranitidina 50mg _ 01. amp + AD EV 8/8hs								
6	Tramadol 100mg... 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N								
9	claxane 40mg 1amp SC 1XDIA								
10	Curativos diários								
11	Cuidados gerais e sinais vitais								
									
<p>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COMO ORIGINAL</p>									
<p>Dr. Luciano Mendes de Mesquita / Dr. Yudi Jorge Felix / Dr. Fernando S. Valença / Dr. Paulo H. L. Passara Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p>									
<p>CRM/PA: 5-TECT11028 / CRM/PA: 2308 / CRM/PA: 7651-1-305 / CRM/PA: 7651-1-305 / CRM/PA: 7651-1-305 / CRM/PA: 7651-1-305</p>									

1800 Paciente segue  
sem queixas algias  
evoluente satisfatória  
PA - 110X80 mmHg  
Morno de  
AUS - 36,5°C  
CORR - 92 bpm

OK  
18  
34  
OK  
OK  
OK  
OK  
OK







SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

024

NOME Carlos Luis Pereira da Silva IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 08/11/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA fract de tíbia esquerda CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>88/67</u>	<u>104/70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>86</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Oliver</u>	<u>A</u>

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

RAIO X REALIZADO  
 DATA 08/11/2018  
 Contador

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasog	Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: do: está Admitido na RPA no pós de fratura femur @ sob efeito de anestesia raque. consciente. Respirando espontaneamente. Bem

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME/HUT  
 CONFERE COMO ORIGINAL

ALTA SRPA  
 Valter M. Simeão Filho  
 Anestesiologista  
 CRM-PR 5079

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

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

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otton Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3018 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/1-022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a4m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 691212  
Requisição: 887131 Solicitação: 28/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1099693 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 28/10/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em: pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA COMINUTIVA NA DIÁFISE DISTAL DO FÊMUR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SANE-PI/UT  
CONFERE COM O ORIGINAL


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

 Rua Dr. Otilio Cito 1820 - Raderção - Fone: 86 3718 5445  
 TERESINA - PI CEP: 64019-770 CNPJ: 08.522.917/1072-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 492635)**  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225944  
 Requisição: 889893 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
 Controle: 1103305 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPIÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 07/11/2018

**T.C. DE JOELHO ESQUERDO**

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMINUTIVA COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR NA PORÇÃO DISTAL DO FÊMUR.
- FRATURA COMINUTIVA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL LATERAL E AS EMINÊNCIAS INTERCONDILIANAS.
- HEMOARTROSE DE MODERADO VOLUME.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/11/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Ollio Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3216 5445

TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNES: 05.502.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
 Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
 Controle: 1103708 Convênio: S U S CLINICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 08/11/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

**Conclusão:**

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

*Joana Luísa Mendes de Mesquita*  
 Matrícula 47390  
 SANE - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otton Nito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CNPJ: 64617-770 CNPJ: 05.522.917/1022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
 Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
 Controle: 1103709 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 08/11/2018

**JOELHO ESQUERDO**

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

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



**COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS**  
**CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR**

CLIENTE...:90088 CALSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

CNS: 898002935234199

IDADE.....:52 anos

REQ:

MÉDICO ...:AYRANA SOARES ATRES

DATA EXAME: 21/01/2019

SEXO.....:

CONVÊNIO: SUS

**RX DO JOELHO ESQUERDO**

**ACHADOS:**

Redução da mineralização óssea difusamente.

Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

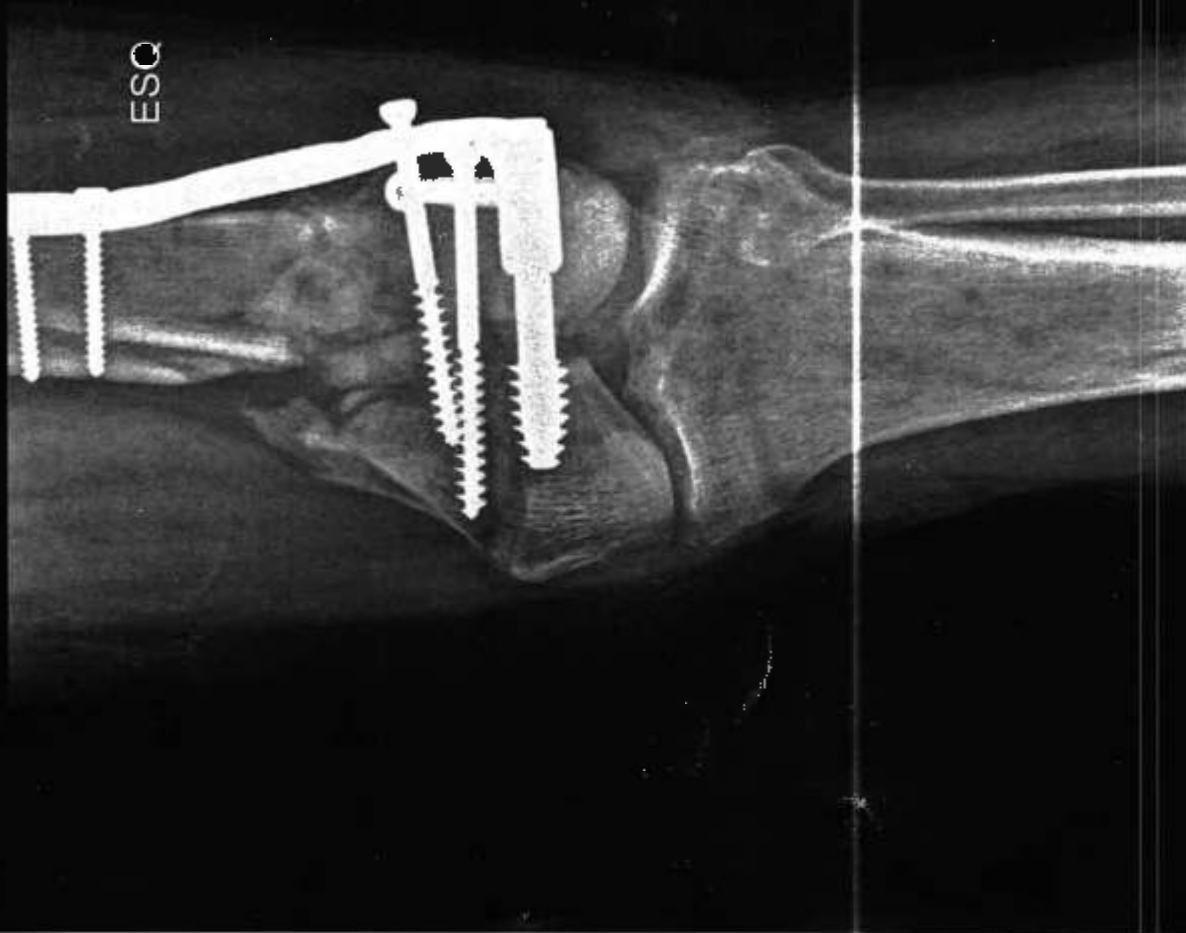
- Redução da mineralização óssea difusamente.

- Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

- Aumento de partes moles.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

  
Dr. Igor Neiva de Moraes Santos Cordeiro  
CRM4058



ESQ



ESQ

58.3%

58.3%

**CEIR**  
CENTRO IN LESIONADO  
DE REABILITACAO

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA,

90088

06/08/1968

21/01/2019 10:31

AV HIGIENO CUNHA, 1515 - ILHOTAS - TELEFONE (051) 3198-1500



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 E METROPOLITANAS DE TRANSPORTES

**CELMO JOSÉ FERREIRA DA SILVA**  
 RUC: 794472 SSP PI  
 CPF: 288.647.953-04  
 DATA NASCIMENTO: 06/06/1985

TITULAR: JOSE FERREIRA DA SILVA  
 RAZÃO SOCIAL: RAIZUNDA OZEMES DA SILVA

RUA: [REDACTED] Nº: [REDACTED] CATIM: [REDACTED] AD: [REDACTED]  
 CEP: [REDACTED]

VENCIMENTO: 04150433529  
 VIGÊNCIA: 00/10/2010  
 PRAZOS: 16/01/1985

LOCAL: [REDACTED] PI  
 AGÊNCIA: [REDACTED]

DATA DE EMISSÃO: 25/09/2017  
 04448326725  
 87319413240

**PIAUI**

PROIBIDO FALSIFICAR  
 1538767607

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1538767607

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 24 ABR 2019  
 DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI 9020170487596 Nº 013936793840  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 379541297 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

PLACA ANT./UF 28664795304 00Y-9570

PLACA ANT./UF 9C2JG4110BR439985

PLACA ANT./UF 00Y-9570

PAS/MOTOCICLO/NEHUHA COMBUSTIVEL BASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

002P/124CC CATEGORIA ALUGUEL ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

VENIC COTA ÚNICA 1ª IPVA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,28

SEGURO OBRIGATORIO PAGO

A/FID ADMINISTRADORA DE CONS N.º TERESINA DATA 1/4/2019

AGÊNCIA MARITÍMA DO PERNAMBUCO DIRETORIA GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 013936793840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 1 RENAVAM 28664795304 OFF / CNPJ 9C2JG4110CR439985

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

PREMIO TARIFARIO 81,28

PREMIO TARIFARIO 81,28

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,70

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,70

COTA ÚNICA 185,50

DATA DE EMISSÃO 28/03/2019

AGÊNCIA MARITÍMA DO PERNAMBUCO DIRETORIA GERAL DO DETRAN - PI

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT



**Dados do Chamado**

01 Nº do chamado: 3974  
02 Data do chamado: 20/10/2018  
03 PRO (código): 2001  
04 Saída do PA: 00 11 00  
05 Chegada ao local: 00 01 00  
06 Saída do local: 01 01 00  
07 Chegada ao 1º hospital: 01 11 00  
08 Saída do 1º hospital: 01 11 00  
09 Chegada ao 2º Hospital: 01 11 00

**Local da Ocorrência**

10 Endereço: Rua B Anfelino  
11 Bairro: Acipolônio  
12 Município-UF: Teresina PI  
13 Ponto de referência: Centro de Saúde

**Dados do Paciente**

14 Nome: Celso Luiz Pereira da Silva  
15 Sexo:  1 - Masculino  
16 Idade: 50  
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?:  1 - Sim

**Tipo de ocorrência**

01 - Acidente de transporte, 02 - Agressão física-espantamento, 03 - Agressão física-FAF, 04 - Agressão física-FAB, 05 - Urgência psiquiátrica, 06 - Tentativa de suicídio, 07 - Envenenamento, 08 - Afogamento, 09 - Queimadura, 10 - Choque elétrico, 11 - Queda, 12 - Urgência clínica, 13 - Urgência obstétrica, 14 - Transferência, 15 - Exames complementares, 16 - Outros, 17 - Já removido, 18 - Falso chamado

**Acidente de Transporte**

19 Vítima:  1 - Pedestre, 2 - Condutor, 3 - Passageiro, 9 - Ignorado  
20 Meio de locomoção:  1 - A pé, 2 - Automóvel, 3 - Motocicleta, 4 - Bicicleta, 5 - Ônibus/Micro-ônibus, 6 - Outro, 9 - Ignorado  
21 Outra parte envolvida:  1 - Automóvel, 2 - Motocicleta, 3 - Ônibus/Micro-ônibus, 4 - Bicicleta, 5 - Objeto fixo, 6 - Animal, 7 - Outra, 9 - Ignorado  
22 Equipamentos de segurança:  Capacete,  Airbag,  Cinto de segurança,  Assento para criança

**Exame Físico**

23 Glasgow = 15  
RESPOSTA VERBAL: 4 - Espontânea, 3 - À voz, 2 - À dor, 1 - Nenhuma  
RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos, 5 - Localiza dor, 4 - Movimento de retirada, 3 - Flexão anormal, 2 - Extensão anormal, 1 - Nenhum  
24 Sinais Vitais: Pulso 102, Resp. 20, PA 100/70, TAX. 96, SatO2 96

**Exame Físico**

25 Local da lesão:

26 Pupilas:  1 - Iguais,  2 - Desiguais  
27 Pulso Radial:  1 - Cheio,  2 - Fino,  3 - Ausente  
28 Sangramento:  1 - Sim,  2 - Não  
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10:  1 - Sem Dor,  2 - Leve,  3 - Moderada,  4 - Intensa,  5 - 10

**Assistência**

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):  
 Aspiração,  Oxigênio,  Curativos,  Prancha longa/curta,  Colar cervical,  Kred,  Imobilização de extremidades,  Reanimação cardiopulmonar,  Assistência obstétrica,  Glicemia,  Acesso Venoso,  Medicamentos a), b), c)  
 32 Hospital de Destino: A. C. T.  Não Removido  
 33 Condições de entrada:  1 - Melhorado,  2 - Piorando,  3 - Inalterado  
 34 Óbito:  1 - Sim,  2 - Não  
 24 ABR 2018  
 DPVAT

**Hospital de Destino**

33 Condições de entrada:  1 - Melhorado,  2 - Piorando,  3 - Inalterado  
 34 Óbito:  1 - Sim,  2 - Não  
 Observações Interdisciplinar:  
 com fratura separada e aberta escaneada - encaminhada

**Assistência**

Responsável pela recepção: *[assinatura]*  
 Socorristas Médico: *[assinatura]* AE/TE  
 Enfermeiro: Joana Luiza Mendes de Mesquita  
 Condutor: *[assinatura]*  
 CONTINUA COM O ORIGINAL



Para cancelar  
contas, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0020323-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/PAI - Teresina - PI  
CNPJ nº 04.744.000/0001-00; Inscrição Estadual: 32.301.100-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imposto de Renda para SEBRAE 06/98

Nº da Nota Fiscal 017991053

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

CONTA MÊS FEVEREIRO/2019	VENCIMENTO 19/03/2019	CONSUMO (kWh) 362	TOTAL A PAGAR (R\$) 373,83
-----------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------

SERGIO MURILO PEREIRA DA SILVA  
R. TFM DOTA DE OLIVEIRA 598 598 MONTE CASTELO  
CPF: 00043278574320

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS - TRESVIA	
Atual:	Atual:
Anterior: 833	Anterior: 19/02/2019
Constante de Multiplicação: 471	Próxima Letura: 18/01/2019
Consumo Medido: 1,000	Finalização: 21/03/2019
Consumo Retornado: 362	Aprovação: 18/02/2019
Código de Ingresso: 362	Código de Ingresso: FEMIP
Classificação: 17/03/2019	Dias de Consumo: 17/03/2019

Classes/Serviços	Ligação	Número Medidor	Data	Código Fat.	Méda 12 meses
------------------	---------	----------------	------	-------------	---------------

CONTABILIZAÇÃO	UNID.	A NOTAS ESPECÍFICAS DA CONTA	VALOR
Mês/ano consumo			
JAN/19	0		
DEZ/18	0		
NOV/18	0		
OUT/18	0		
SET/18	0		
AGO/18	0		
JUL/18	0		
JUN/18	0		
MAI/18	0		
ABR/18	0		

CONSUMO 362 A R\$ 0,957855 = 346,74  
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 27,09

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 302 - 8.620.666

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

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

Parabéns! Até o dia 18/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	3672,07	FE	278,27
Energia	186,00	ECE	5431,00
Transmissão	65,15	Adicional ICMS	
Encargos	125,90	Valor do ICMS	346,74
Tributos	21,31	Valor do PIS	27,00%
		Valor do COFINS	93,61

13,45 INDICADORES DE CONTINUIDADE			
17,00	17,00	17,00	17,00

Medida	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual
Consumo	5,31	10,62	x1,25	3,11	6,22	12,44	3,80	7,60
	0,00	0,00		0,00	0,00		0,00	

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT



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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA CPF: 286647953.04

Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA Número: 598 Complemento: \_\_\_\_\_

Barro: MUNTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

**RENDA MENSAL:**  
 RECLUSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

**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 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem o provável 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 24 DE ABRIL 2019  
 Nome: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA  
 CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

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

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
 24 ABR 2019  
**DPVAT**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001420/2019-91

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 16/04/2019 - 08:31

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

28/10/2018 - 00:05

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

ANGELIM

Endereço

RUA B, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CENTRO DE SAÚDE

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOIADOS**

Nome: CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA

RG: 704672 SSPPI PI

Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA

Pai: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

Endereço: EUA DOTA OLIVEIRA, Nº 598

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9904-2044

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA B DO BAIRRO ANGELIM, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2011, MODELO 2012, COR AMARELA. PLACA ODY-9570-PI, RENAVAN 379541297. PROPRIETÁRIO CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA, MOMENTO EM QUE TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, A QUAL TRAFEGAVA PELA MESMA VIA SÓ QUE EM SENTIDO CONTRÁRIO E QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SEM MOTIVO APARENTE, EFETUOU A CONVERSÃO PARA A VIA EM QUE TRAFEGAVA O NOTICIANTE, CAUSANDO ASSIM O ACIDENTE, RELATA AINDA O MESMO QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3979 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 492835, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA CPF: 286.647.953.04

Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA Número: 598 Complemento: \_\_\_\_\_

Barro: MUNTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

**RENDA MENSAL:**

RECLUSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

**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 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: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem o provável 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 24 DE ABRIL 2019  
 Nome: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA  
 CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Celso Luz Pereira da Silva   
 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

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
 24 ABR 2019  
**DPVAT**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT



Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) ▾ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: ODY9570 UF: PI CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
☒	2018	R\$185,50	Quitado	<i>Atencão</i>
☒	2017	R\$185,50	Quitado	<i>Atencão</i>

(\*) Motocicleta

Voltar

Imprimir

### ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294575/19

**Vítima:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 286.647.953-04

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/10/2018

**Titular do CPF:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA : 286.647.953-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

\_\_\_\_\_  
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

\_\_\_\_\_  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADIAS**

DETRAN - PI 9020170487596 Nº 013936793840  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 379541297 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

PLACA ANT./UF 28664795304 902JJC4110CR439985

PLACA 00Y-9570

PLACA ANT./UF 28664795304 902JJC4110CR439985

PAS/MOTOCICLO/NEHUHA COMBUSTÍVEL BASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

002P/124CC CATEGORIA ALUGUEL CCR. PREDOMINANTE ANTARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 81,28

SEGURO OBRIGATORIO PAGO

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS. N.º 185.50

TERESINA DATA 1/4/2019

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

PI Nº 013936793840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 1 RENAVAM 28664795304 OFP / CNPJ 902JJC4110CR439985

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

HONDA/CG 125 FAN KS

379541297 ANO FAB. 2011 DATA LIC. 09

PREMIO TARIFARIO

81,28

90,31

0,70

185,50

28/03/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.558.000/0001-04

OUT/3017

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT



FEPISERH  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares

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



RECEITUÁRIO

Nome:

*Roberto P. de J. S.*

Data de Nascimento:

     /      /     

Alto para os devidos fins  
que o paciente acima referido  
foi vítima de acidente no trabalho  
de 28/10/18, evoluído com fratura  
do pé direito.  
Apresenta luto de 50%  
de ADM coberto  
seguro.

87L

Data:

26, 05, 19

MOD. 60-HGV

Dr. Ayrana Soares Brito  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM - PI 3746 (18/08/2018) 20.9246

Médico (assinatura e carimbo)







NOME DO PACIENTE: Cláudia Leiza Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492635

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

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

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME/HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

OBITO

DR. GERAL

SUS SUS

Imp: 28/10/2018 01:31:13

Usuário: CARLOS ALBERTO  
(Estação: 4307FCADU2)

*Monte 1 ano 10/18*

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>		Prontuário: <b>492635</b>
Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	Pai:	
End. Resid.: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>06/06/1966</b>	Idade: <b>52a4m22d</b>	Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86-99042-044</b>
Responsável: <b>O MESMO</b>	CNS: <b>702308109715018</b>	
Profissão: <b>MOTOTAXISTA</b>	CPF: <b>286.647.953-04 * RC: -</b>	
G. Instrução: <b>Fundamental Incompleto</b>	E. Civil: <b>Desq./Divorcado(a)</b>	
End. Local: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>691212</b>	Data: <b>28/10/2018 01:26:22</b>	Condução: <b>AMBULANCIA DO SAMU</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>SUS</b>
Acid. Trab.: <b>Sim</b>	Trajetos?: <b>Sim</b>	Típico: <b>Não</b>
		CID Secundário: <b>V299</b>

### DADOS CLÍNICOS:

*Acidente vítima de acidente motociclístico (moto-motor) na 1ª hora, vítima de acidente. Vítima, vítima de acidente, vítima de acidente.*

*(A) UA positiva, sem coloração*

*(B) UA (+), visivelmente, sem RA*

*(C) BVE, RT, SE, nenhuma alteração*

*(D) oximetria = 15*

*(E) produzir um mmHg*

*RAIMUNDA GOMES DA SILVA*  
*DATA 28.10.18*  
*Técnico*

PA: <u>    </u> X <u>    </u> mmHg	Pulso: <u>    </u>	FC: <u>    </u> bpm	Temp.: <u>    </u>
Diagnóstico Inicial:			CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Solicitado RX de tórax, RX de crânio e, RX de coluna C, RX de pé.*

<b>ALTA:</b> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> À Pedido	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
	DATA SAÍDA: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> HORA: <u>    </u> : <u>    </u> : <u>    </u>
<b>ÓBITO:</b> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 Hs <input type="checkbox"/> Anal. Patol.	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: <u>    </u> CID Compatível: <u>    </u>
	Prof. Solicitante Internação: <u>    </u>

*Glauco Rocha e Silva*  
 Médico  
 CRM-PI 7110

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
 24 ABR 2019  
**DPVAT**  
 Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 Carimbo - Assinatura - Profissional - em  
 SÁME - HUT  
**CONFERE COM O ORIGINAL**

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 28/10/2018 01:31:13

CARLOS ALBERTO

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

<b>Nome:</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 492635	
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA		<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 06/06/1966	<b>Idade:</b> 52a4m23d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86-99042-044
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 732308109715018	
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA		<b>Documento:</b> CPF: 286.647.953-04	
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto		<b>E. Civil:</b> Desq./Divorciado(a)	
<b>End. Local.:</b> - - -			

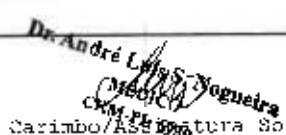
**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 691212	<b>Data:</b> 28/10/2018 01:26:22	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> U S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

**Data/Hora Solicitação:** 28/10/18 01:30 **ESPECIALISTA:** Cirurgião

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** Fratura exposta de fêmur distal à esquerda no CC.

  
 Dr. André Luís S. Yogueira  
 Médico  
 CRM PI 5799  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER: Data/Hora:** 28/10/18 01:30 **Cir. Geral**

Paciente vítima de acidente motociclístico lesões abertas, hemodinamicamente estável. Abdomen útero sem alteração. Ao exame radiológico não evidências prévias, sem lesões de fratura.

cc: Envolvimento para CC para cirurgia ortopédica


Glaucio Rocha e Silva  
 Médico  
 CRM PI 7110

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

**Data/Hora Solicitação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ :\_\_\_ **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

  
 PJ-CORRETORA DE SEGUROS  
 24 ABR 2019  
 DPVAT  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER: Data/Hora:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ :\_\_\_

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Carimbo/Assinatura Médica: 47389-008

SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

UETU

NOME Celso Luiz Pereira do Silva IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 28/10 /2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 07 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA ( )GERAL ( )RAQUE ( )BLOQUEIO ( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fratura exposta de fêmur distal E CIRURGIÃO Archer

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120/76</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93</u>	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>92%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Quisiane</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTKE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem sibilos	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>00</u>		

( )SONDA VESICAL	( )DRENO DE SUÇÃO	( )DRENO TORACICO	( )DVE	( )COLOSTOMIA	SONDA ( )NASOG( )NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
As 07:45h - Pac admittido no SRPA após no curativo de quot. exposta de fêmur distal E, consciente e orientado, sem dispnéia, respirando ar ambiente, AV? positivo, estável.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Elso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO	492635
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	2301223
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 52 anos, com fratura exposta de fêmur. Avaliação gineco cardíaca.

DATA: 29/10/18

Dr. Osvaldo Mendes Filho  
Cirurgião Geralista - FMT  
CRM: 2128

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Mej e nos / D. Mellin  
AC = nca em 27,8 mm  
PA = 120/80 mmHg  
EG = normal

Bem tolera PI  
procedimento ortopédico

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Metrícula: 17390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Antonio Vieira de Jesus  
Cardiologista  
CRM: 2135 - PA

DATA: 30/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

**Fundação Municipal de Saúde**

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47398  
 SAME - HJT  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Fls. Nº \_\_\_\_\_  
 Proc. Nº \_\_\_\_\_  
 Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE: Celso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº: 492535
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. André	CPF Nº:
AUXILIAR: Est.	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Crisanto	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Glauclide	CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE Nº 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01					
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Obs.: 3 cupang. 02 Nylon 3.0			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Kátia			
PROLENE							





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

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**

Nome: <u>Uelso Luiz Pereira da Silva</u>	Prontuário:	Data:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>52a</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fract. Fêmur distal - fract. úngula</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**ANAMNESE**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias              | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2 - Patologias respiratórias                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3 - Antecedentes patológicos                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4 - Convulsão                                   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico                | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 6 - Transusão sanguínea                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 7 - Uso de medicação                            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 8 - Alergia                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - História familiar de complicações anestésicas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**EXAME FÍSICO**

PA: <u>100/80</u>	Pulso: <u>92</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	

**EXAMES COMPLEMENTARES**

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax
ECG:		
ECO:		

ASA: I Anestesia proposta:  Geral  Outro: RAQU

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Marcos Luciano Gusante  
Médico  
CRM - PI 5901  
CRM - MA 7295





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
 centro cirúrgico

Nome do Paciente			Celso Luiz Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório			Tumor exposto de fêmur do fof (E)		
Operação - Tipo			MIE + Fixador externo transosteal		
Cirurgião		2º Assistente		3º Assistente	
Dr. André Leal				André Nogueira (R3)	
2º Assistente			3º Assistente		
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	

*ANEXO DO RELATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA*

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em BDH sob roquiometria
- 2) Assépsia, antissepsia
- 3) Colocação campos estereis
- 4) Lavagem exhaustiva com SF0,9%
- 5) Colocação da fixador externo transosteal em MIE
- 6) Sutura ferimentos
- 7) Curativo estéril.

Dr. André Luis Nogueira  
 MÉDICO  
 CRM: 14.141-0/930



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Celso Luiz Pereira da Silva Sala: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Procedimento: Fratura de Fêmur distal Cirurgião: ANDRÉ Observações: \_\_\_\_\_  
Tratamento cirúrgico

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol 0.5%	01	12mg											
2 Morphina	01	10mg											
3 Midazolam	01	2.0mg											
4													
5 cefazolin	02	2g											
6 diclofen	01	10mg											
7 ranitidina	01	50mg											
8 cefepime	01	1.0g											
9 diploca	02	2g											
10 Oxibuprodina	01	10mg											
11 Ondansetron	01	4mg											
12													
13 ETORICOXIB	01	2mg											
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

- Acesso Vascular**
- Periférico 20G
  - Cat. Venoso nº 6
  - Dificuldade acces. venoso
  - Gastos cateteres
  - Central \_\_\_\_\_

- Via Aérea**
- Cateter nasal
  - IOT nº \_\_\_\_\_
  - LMA nº \_\_\_\_\_

- Monitorização:**
- Cardioscopia
  - PANI
  - Oxímetro de pulso
  - ETCO2
  - Outros

- Anestesia:**
- Geral Venosa
  - Geral Balanceada
  - Raqui-anestesia
  - Peridural
  - Bloqueio Periférico
  - Outros

Decúbito: DDT

SPO2 (%)	<u>98 98 98 98 98</u>
ETCO2 (mmHg)	
Acas. Venoso	
Acas. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia: insuf. venoclise. E, a ra. punção  
lombor mediana em L3-L4  
com inj. 20G sem intercorrências

Dr. Márcus Luciano Uisante  
Médico  
CRM: 5081  
MCA: 7298

Anestesiologista



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4 CNES <b>5828856</b>	<b>225944</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018	8-Nascimento: 06/06/1966
9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: 286.647.953-04
11-Mãe: <b>RAINONDA GOMES DA SILVA</b>	12-Fone: 86-99042-044
13-Resp: <b>O MESMO</b>	14-Fone: 86-99042-044
15-Endeç: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>	17-Cod. IBGE: 221100
16-Munic: <b>TERESINA</b>	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: 64000-010

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408050519</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>
21-Cod. Mudança Procd. <b>0408050624</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILARNA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
27-CID Pac: <b>S724</b>	26-Diagnóstico: <b>Fratura da extremidade distal do fêmur</b>

36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS</b>	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Med. Solic.: <b>003.695.133-12</b>



**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em fêmur E

**AUTORIZAÇÃO**

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

(Ass. Carimbo)

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 144416 ATH: 2218101810562
---	--

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IIIU7	CNES 5828850
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IIIU7	CNES 5828850

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO</b> 06/06/1966	<b>PRONTUÁRIO</b> 492635	<b>SEXO</b> M
<b>DOCUMENTO</b>	<b>TELÉFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>RESPONSÁVEL</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO (LOGRADOURO)</b> RUA DOTA OLIVEIRA			<b>NUMERO / LOTE</b> 598
<b>BAIRRO</b> MONTE CASTELO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	<b>CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> 040M50624
--	---

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	<b>CÓDIGO</b> 0408050519		
<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	<b>CÓDIGO</b> 040M50624		
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b> FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 PRINCIPAL</b> S12	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>

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

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma = fratura col fêmur E

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

<b>NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> ANDRE LEAL DE VASCONCELOS	<b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b>
<b>CNS SOLICITANTE</b>	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 20/11/2018

### AUTORIZAÇÃO

<b>NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b> TANIA MOREIRA AREA LEAO	<b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b>
<b>CNS AUTORIZADOR</b> 201560395290083	<b>ORGAO EMISSOR</b> 20/11/2018 14:01:17

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matriculada 47390  
SAMB  
CONFERE COM O ORIGINAL



225944

No. da Autorização de Internação Hospitalar (A-3)

344436

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- CNES

5828856

Código de Internação:

3- Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4- CNES

5828856

225944

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

6 - Prontuário: 492635

7- CDS: 702308109715018

8- Nascimento: 06/06/1966

9- Sexo: Masculino

CPF: 286.647.953-04

11- Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA

12- Fone: 86-99042-044

13- Resp: O MESMO

14- Cor: Sem Informação

15- Endr: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010

16- Munic: TERESINA

17- Cod. BGR: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

FX Exposta Fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

AS ALUM

M.H.

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

RA

MP. 0408050624

23- Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur

24- CID Prim:

S723

25- CID Sec.:

26- CTT C. Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Tempo em d

1

29- Clínica:

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

02

01

CPF

003.635.133-12

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS

34- Data Solicitação:

28/10/2018

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

39- CNPJ Seguradora:

40- No. Bilhete:

41- Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42- CNPJ Empresa:

43- CNRE Empresa:

44- CROP:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45- Vínculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

48- Documento:

49- Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Médica - FMS  
SAME - FMS  
CONFERE COM O ORIGINAL14018  
Marcondes Martins S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
50944511250 - CNS 17025345120007  
Carimbo (Rg. Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Jenêrio: LAYLA MORAIS

Consulta Local: 691212

Consulta SDS:

Impressão: 28/10/2018 04:43:12

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

Nº LAUDO: 144416

AIH: 2218101810562



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

3828854

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

3828854

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b>	<b>NASCIMENTO</b>	<b>SEXO</b>	<b>PRONTUÁRIO</b>
	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	06/06/1966	M	492835
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	
		RAIMUNDA GOMES DA SILVA	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NÚMERO / LOTE</b>
				398
<b>BAIRRO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>L.F</b>	
MONTE CASTELO		TERESINA	PI	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

FRATURA EM MMII

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b>	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
S72.3 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
3408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

<b>LEITO/CLÍNICA</b>	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>
ORTOPEDIA/RUMATOLOGIA	
<b>CARÁTER</b>	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b>
URGENCIA	28/10/2018
<b>DATA ADMISSÃO</b>	<b>DATA ALTA</b>
28/10/2018 01:31	09/11/2018 18:07
<b>MOTIVO ALTA</b>	
PERMANENCIA POR REOPERACAO	

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

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

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>
TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 4786135915 CRM:	
<b>DATA ANÁLISE:</b> 28/10/2018 01:34:09	<b>CPF:</b> CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>
7-CNS: <b>702308109715016</b>	8-Nascimento: <b>05/06/1966</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11-Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-99042-044</b>
13-Resp: <b>O MESMO</b>	14-Phone: <b>86-99042-044</b>
15-End: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. IBS: <b>221100</b>
	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod. Proced. Princip. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
31-Cod. Procedimento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição de Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>
	Quant. Solicitada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMMES - NF: nê</b>	

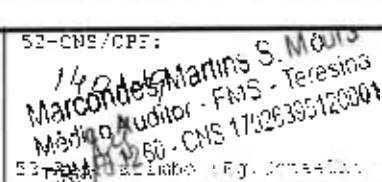
36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Méd. Solic.: <b>303.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Dor e deformidade de coxa e.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Pg. Conselho):

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>140167</b>
		

*Joana Luísa Mendes de Mesquita*  
 Matrícula: 47390  
 SAME - FMS -  
 CONFERE COM O ORIGINAL





**PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda**  
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES  
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.  
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458  
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí  
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

### COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome:  Celso Luiz Pereira da Silva

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário:  492635  Data da Internação:  / /

Procedimento Médico Realizado: \_\_\_\_\_

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL:  28 / 10 / 18  DATA DA ALTA:  / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	<u> Fixador Tubo a Tubo. </u>
	<u> 4 Barras (2 longas / 2 curtas) </u>
	<u> 6 conectores (5 simples) / 1 duplo </u>
	<u> 3 conectores duplos </u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina   28  de  outubro  de  2018

Nome do Hospital:  HUT

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

*André Luiz de Vasconcelos*  
Ortopedia e Cirurgia da Mão  
TEOT 1367  
CRM - PI: 4803

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



226661

No. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nº 147964

1- Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2- CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4- CNES <b>5828856</b>	<b>226661</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>		
7- CNS: <b>702308109715018</b>	8- Nascimento: <b>06/06/1966</b>	9- Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11- Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12- Fone: <b>86-99042-044</b>		
13- Resp: <b>O MESMO</b>	14- Cor: <b>sem informação</b>		
15- Endereço: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - 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>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Paciente apresentando queixas de fratura supracondiliana de fêmur</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Necessidade de fio cirúrgico</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx Fratura grave de fêmur distal</i>			
23- Diagnóstico Inicial: <b>Fratura da extremidade distal do fêmur</b>	24 CID Prim.: <b>S724</b>	25- CID Sec.: <b></b>	26- CID C. res.: <b></b>

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- Cod. Proced.: <b>0408050624</b>	27- Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	Tempo SUS: <b>4</b>	
29- Clínica: <b>02</b>	30- Caráter: Ident.: <b>01</b>	31- Docun.: <b>CPF</b>	32- Doc. Méd. Solic.: <b>669.742.673-04</b>
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	34- Data Solicitação: <b>08/11/2018</b>	35- Ass. Caráter Mod. Sci. (CM): <b></b>	

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização: <b>10/12/18</b>
48- Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49- Num. Documento: <b>592847610</b>
50 - Assinatura Paciente ou Responsável:	<p>Matrícula: <b>47390</b></p> <p>Nome: <b>KARLA BATISTA</b></p> <p>Endereço: <b>CONSULIA LOCAL: 691212</b></p> <p>Assinatura SUS:</p> <p>Impressão: <b>08/11/2018 18:05:50</b></p>

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

Nº LAUDO: 147964



AII: 2218101817899

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828356
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO</b> 06/06/1966	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 492635
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>RESPONSÁVEL</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NÚMERO / LOTE</b> 533
<b>BAIRRO</b> MONTE CASTELO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

FRATURA EM MMII

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0498053624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR META-FISE DISTAL

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  ANDRÉ LUIZ DE VASCONCELOS CPF: 00369513312 CRM:
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 08/11/2018
<b>DATA ADMISSÃO</b> 08/11/2018 18:07	<b>DATA ALTA</b> 10/11/2018 09:00
<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

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

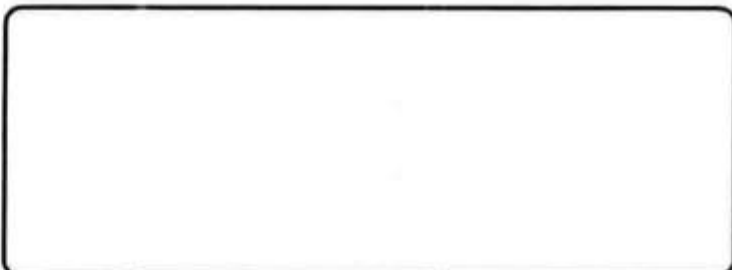
**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  HENRIQUE ACMEIDA FILHO CPF: 05580931334 CRM:	<b>DATA ANÁLISE:</b> 08/11/2018 20:29:22	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR E AVALIAÇÃO/AUDITORIA</b>  CPF:	<b>CRM:</b>	<b>DATA ANÁLISE:</b>
--	--	---	-------------	----------------------

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Médica: 47396  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>226661</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>226661</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>		
7-CNS: <b>702308109715018</b>	8-Nascimento: <b>06/06/1966</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11-Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-99042-044</b>		
13-Resp: <b>O MESMO</b>	14-Fone: <b>86-99042-044</b>		
15-Ende: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>			
1-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.TBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	
31-Cod.Procedi-mento Especial <b>0702030821</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS</b>	Quant. Soli-cidata: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>BIOSINTESE</b>		

38-Profissional Responsável: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>08/11/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>669.742.673-04</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fratura Supracondiliana de Fêmur  
Necessitando fixação interna.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: <b>101218</b>

*Jouana Luiza Mendes de Mesquita  
Matricula: 37390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

**FMS****Fundação Municipal de Saúde**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA: 08/11/18

NOME DO PACIENTE: <i>Celso Luiz Pereira de Silva</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>492635</i>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>Raque</i>	Nº DA SALA: <i>05</i>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Dr. Laurindo Paulino Filho</i>	CPF Nº: <i>068972903-00</i>
INSTRUMENTADORA: <i>Jack</i>	CRM:PI 474 ORP: 000.972.903-00

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<i>04</i>		LÂMINA DE BISTURI <i>124</i>	UNID.	<i>02</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>04</i>		LUVA Nº <i>7.0</i>	PAR	<i>02</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>04</i>		LUVA Nº <i>7.5</i>	PAR	<i>04</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<i>01</i>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>18</i>	
ALCOOL 70%	ML	<i>200</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>300</i>	
ALGODÃO	BOLA	<i>—</i>		PVPI TÓPICO	ML	<i>200</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<i>200</i>		PVPI TINTURA	ML	<i>—</i>	
COMPRESSA	PAC.	<i>10</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>04</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>—</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>30</i>		SERINGA 5CC	UNID.	<i>04</i>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>03</i>	
GASES	PAC.	<i>10</i>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <i>120</i>	UNID.	<i>01</i>		<i>Cocales</i>		<i>04</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Chitudoz</i>		<i>05</i>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<i>Catlu Es</i>		<i>01</i>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>Cripe</i>		<i>04</i>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Linha Este G.T</i>		<i>01</i>	
ALCOFIL				<i>Phar Sep</i>			
MONONYLON		<i>20</i>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		<i>0</i>		CIRCULANTE			
PROLENE				<i>Georgio</i>			

Luisa Mendes de Mesquita

Matricula: 47390

SABE-MUT

CONFERE COM O ORIGINAL



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Celso Luiz Pereira da Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura Supracondílea de Fêmur (S)*

Operação - Tipo *Fixação Cirúrgica de Fratura Fêmur Distal (S)*

Cirurgião *Dra. Ayrão* 1º Assistente *Dr. Marcos (R)*

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) *Dr. Raulino Filho* Anestesiologista *Rayane*  
Anestésico(a)

Data da Operação *08/11/18* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) *Prelet em DDA sob regim anestésico.*
- 2) *Alinhamento + Anestesia + Colocação de arcos*
- 3) *Redução de fratura distal + Fixação lateral em arco (S) + Drenagem por laser + Hemostase*
- 4) *Redução de fragmentos de fêmur distal + Colocação de Parafuso DHS + Placa + parafuso. 5) Revisão de Alinhamento + Colocação de arco + Sutura Placa + Curativos*

*Ayrão*  
Dra. Ayrão Sodres Aires  
Ortopedia e Traumatologia  
CIRURGIA DA COLUMNA VERTEBRAL  
CRM-PI 3746 CRM-MA 3546 TEOT 13487

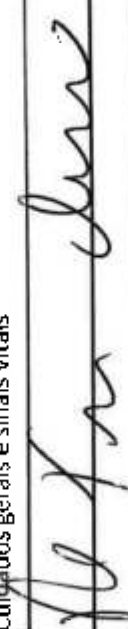
Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LETO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSO LUJZ PEREIRA DA SILVA		492635		06/06/1966	52	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA								
CÓDIGO									
DI: 28/10/2018	FRAT. EXPOSTA FEMUR DISTAL								
10/11/18									
1	Dieta oral livre								
2	Jeito salinizado								
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
5	Rantidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N								
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA								
10	Curativos diários								
11	Cuidados gerais e sinais vitais								
<i>[Handwritten Signature]</i>									
<p>Joana Luiza Mendes de Mesquita          Matrícula: 47380          SAMU - HUT          CONFERE COM O ORIGINAL</p>									
OBSERVAÇÕES									
09:00 - Paciente de alta hospitalar.									
<i>[Handwritten Signature]</i>									
 HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE ESINA - HUT									





NOME DO PACIENTE		FRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CÚMICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA		492635	06/06/1966	52	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
09/11/18	FRAT. EXPOSTA FÊMUR DISTAL							
1	Dieta oral livre Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRP: 3716							
2	Gelco salinizado							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
6	Tramadol 100mg... 01 amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
10	Curativos diários							
11	Cuidados gerais e sinais vitais							
								
<p>João Luis Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COMO ORIGINAL</p>								
<p>CRP 34 - 5-TEC/11/028 / CRP 12308 / CRP 9765 TE 011-205 / CRM 5367</p>								

1800 Paciente segue  
sem queixas algas  
evoluente operatória  
PA - 110X80 mm  
Morte de  
AUS - 03/11/2018  
CORR - 11/2018

um  
18  
34  
um  
18  
34

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE HUT

NOME DO PACIENTE: *Carlos Lima Rezende da Silva* Nº DE REGISTRO: *47390*

DATA: <i>08/11/18</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOÇ. URÉIA

EXAMES DE URINA

FUNÇÃO RESPIRATORIA

SISTEMA CIRCULATÓRIO ELETRÓCARDIOGRAMA

SISTEMA RESPIRATÓRIO ASMA BRONQUITE

SISTEMA DIGESTIVO SISTEMA URINÁRIO

ESTADO MENTAL CORTICOIDES ATARAXICOS OUTROS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FÍSICOS

PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) APLICADO AS EFEITOS

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES		
	1	<i>100% O<sub>2</sub> / 120 / (Calte) / (Larval)</i> <i>SpO<sub>2</sub> 100</i> <i>100 - 100 - 100</i> <i>16:30</i>	1	
	2		2	
	3		3	
LÍQUIDOS	SO-LITO 500			4
	400			5
	SANGUE 300			6
	200			7
	OUTROS 100			8
TEMPERATURA T	Cº		260	9
			240	10
P. ARTERIAL V O PULSO	38		2	11
			200	12
			180	13
INÍCIO E FIM ANESTESIA X			160	14
			140	15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		120	16	
		100	17	
RESPIRAÇÃO O		80	18	
		40	19	
		20	20	

SÍMBOLOS DURAÇÃO

TÉCNICAS INCIDENTE - ACIDENTE

OPERAÇÕES *Proprano*

CIRURGIÕES *Real. cir. ortopédica de perna*

ANESTESISTAS *Dr. Laurindo Raulino Filho*

Dr. Laurindo Raulino Filho  
Médico Anestesiologista  
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00

Dr. Laurindo Raulino Filho  
Médico Anestesiologista  
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00

PARTICULARIDADES



DATA/HORA CÓDIGO	NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LETO	MÉDICO ASSISTENTE
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATORIO DE ENFERMAGEM				
		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
08/11/18	# por fratura femoral E SUPRA CONDILIANO	492635	Ortopédica	230	223	23:50' - paciente re- tonhou do EC em POI prateria femor E.
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA					
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS					
4	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h					
7	TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN					
8	CUIDADOS GERAIS					
9	Clonem 20mg - 100, 50, 1 X (du)					
0						
		Maria Aparecida Vitor Médica CRM-PI: 6252				

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUAT  
 CONFERE COMO ORIGINAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

024

NOME Carlos Luis Pereira da Silva IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 08/11/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA fract de tíbia esquerda CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>88/67</u>	<u>104/70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>86</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Oliver</u>	<u>A</u>

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

RAIO X REALIZADO  
 DATA 08/11/2018  
 Contador

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasog	Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: do: está Admitido na RPA no pós de fratura femur @ sob efeito de anestesia raque. consciente. Respirando espontaneamente. Bem

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME/HUT  
 CONFERE COMO ORIGINAL

ALTA SRPA  
 Valter M. Simeão Filho  
 Anestesiologista  
 CRM-PR 5079

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

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

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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/1-022-02

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a4m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 691212  
Requisição: 887131 Solicitação: 28/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1099693 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 28/10/2018

### COXA ESQUERDA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em: pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA COMINUTIVA NA DIÁFISE DISTAL DO FÊMUR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SANE-PI/UT  
CONFERE COM O ORIGINAL


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

 Rua Dr. Otilio Cito 1820 - Raderção - Fone: 86 3718 5445  
 TERESINA - PI CEP: 64019-770 CNPJ: 08.522.917/1072-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 492635)**  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 08/06/1966 Idade: 52a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225944  
 Requisição: 889893 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
 Controle: 1103305 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPI DICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 07/11/2018

**T.C. DE JOELHO ESQUERDO**

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMINUTIVA COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR NA PORÇÃO DISTAL DO FÊMUR.
- FRATURA COMINUTIVA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL LATERAL E AS EMINÊNCIAS INTERCONDILIANAS.
- HEMOARTROSE DE MODERADO VOLUME.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/11/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Ollio Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3216 5445

TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNES: 05.502.917/0022 02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
 Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
 Controle: 1103708 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 08/11/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

**Conclusão:**

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

*Joana Luísa Mendes de Mesquita*  
 Matrícula 47390  
 SANE - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL




**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otton Nito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CNPJ: 64617-770 CNPJ: 05.522.917/1022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
 Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
 Controle: 1103709 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 08/11/2018

**JOELHO ESQUERDO**

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

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

**COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS**  
**CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR**

CLIENTE...:90088 CALSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

CNS: 898002935234199

IDADE.....:52 anos

REQ:

MÉDICO ...:AYRANA SOARES ATRES

DATA EXAME: 21/01/2019

SEXO.....:

CONVÊNIO: SUS

**RX DO JOELHO ESQUERDO**

**ACHADOS:**

Redução da mineralização óssea difusamente.

Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

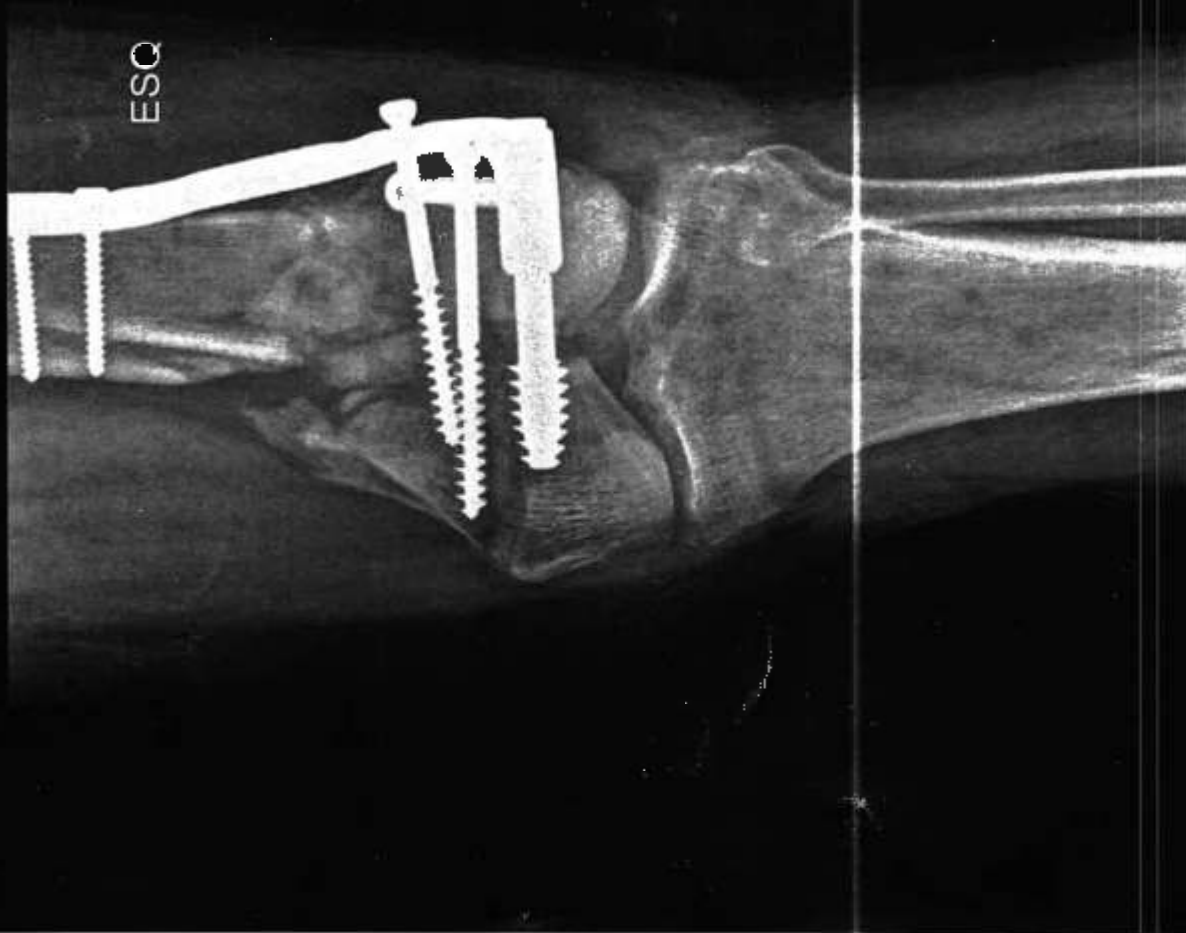
- Redução da mineralização óssea difusamente.

- Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.

- Aumento de partes moles.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

  
Dr. Igor Neiva de Moura Santos Cordeiro  
CRM4058



ESQ



ESQ

58.3%

58.3%

**CEIR**  
CENTRO IN LESIONADO  
DE REABILITACAO

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA,

90088

06/08/1968

21/01/2019 10:31

AV HIGIENO CUNHA, 1515 - ILHOTAS - TELEFONE (051) 3198-1500



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 E METROPOLITANAS DE TRANSPORTES

**CELMO JOSÉ FERREIRA DA SILVA**  
 RUC: 794472 SSP PI  
 CPF: 288.647.953-04  
 DATA NASCIMENTO: 06/06/1985

TITULAR: JOSE FERREIRA DA SILVA  
 RAZÃO SOCIAL: RAIZUNDA OCEANIS DA SILVA

RUA: [REDACTED] Nº: [REDACTED] CATIM: [REDACTED] AD: [REDACTED]  
 CEP: [REDACTED]

VENCIMENTO: 04150433529  
 VIGÊNCIA: 00/10/2010  
 PRAZOS: 16/01/1985

LOCAL: [REDACTED] PI  
 AGÊNCIA: [REDACTED]

DATA DE EMISSÃO: 25/09/2017  
 04448326725  
 87319413240

**PIAUI**

PROIBIDO FALSIFICAR  
 1538767607

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1538767607

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 24 ABR 2019  
 DPVAT



Para cancelar  
CONGOSCO, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0020323-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/PAI - Teresina - PI  
CNPJ nº 04.744.910/01-00; Inscrição Estadual: 32.301.003-9  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imposto de Renda para SEBRAE 06/98

Nº da Nota Fiscal 017991053

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

CONTA MÊS FEVEREIRO/2019	VENCIMENTO 19/03/2019	CONSUMO (kWh) 362	TOTAL A PAGAR (R\$) 373,83
-----------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------

SERGIO MURILO PEREIRA DA SILVA  
R. TFM DOTA DE OLIVEIRA 598 598 MONTE CASTELO  
CPF: 00043278574320

DETAHES DA CONTA - 210 - TRESVIRA	
Atual:	Atual:
Anterior: 833	Anterior: 19/02/2019
Constante de Multiplicação: 471	Próxima Letura: 18/01/2019
Consumo Medido: 1,000	Finalização: 21/03/2019
Consumo Autorizado: 362	Aprovação: 18/02/2019
Código de Irregularidade:	Código de Irregularidade: FEMIP
Dias de Consumo: 17/03/2019	

NORMAS DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classes/Subclasses	Ligação	Número Medidor	Data	Código Fat.	Méda 12 meses

CONTABILIZAÇÃO	UNID.	ANOTAÇÕES DESCRICAO DA CONTA	VALOR
Mês/ano consumo			
JAN/19	0		
DEZ/18	0		
NOV/18	0		
OUT/18	0		
SET/18	0		
AGO/18	0		
JUL/18	0		
JUN/18	0		
MAI/18	0		
ABR/18	0		
CONSUMO 362 A R\$ 0,957855 =			346,74
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			27,09

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 202 - 0,000000

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 18/02/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO FISCO**

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	3672,07	FE: DBFC: 2787	18/03/2019: 5431, ECE7
Energia:		Adicional ICMS:	
Transmissão:	65,15	Valor do ICMS:	346,74 346,74
Encargos:	125,90	Valor do PIS:	27,00%
Tributos:	21,31	Valor do COFINS:	93,61
13,45 INDICADORES DE CONTINUIDADE		1,41%	5,00
178,95		IC: 0,46%	10,00
Medida	Transmissa	Atual	Medida
Medida	Transmissa	Atual	Medida
Consumo	5,31 10,00 x 1,25 3,11	Proporção de 2,45	3,00
	0,00	0,00	0,00

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT



**Dados do Chamado**

01 Nº do chamado: 3974  
02 Data do chamado: 20/10/2018  
03 PRO (código): 2001  
04 Saída do PA: 00:14  
05 Chegada ao local: 00:15

06 Saída do local: 01:15  
07 Chegada ao 1º hospital: 01:15  
08 Saída do 1º hospital: 01:15  
09 Chegada ao 2º Hospital: 01:15

**Local da Ocorrência**

10 Endereço: Rua B Anfelino  
11 Bairro: Acifelino  
12 Município-UF: Teresina-PI  
13 Ponto de referência: centro de Saúde

**Dados do Paciente**

14 Nome: Celso Luiz Pereira da Silva  
15 Sexo:  1 - Masculino  
 2 - Feminino  
 3 - Ignorado

16 Idade: 50  
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?:  1 - Sim  2 - Não  3 - Ignorado

**Tipo de ocorrência**

01 - Acidente de transporte, 02 - Agressão física-espantamento, 03 - Agressão física-FAF, 04 - Agressão física-FAB, 05 - Urgência psiquiátrica, 06 - Tentativa de suicídio, 07 - Envenenamento, 08 - Afogamento, 09 - Queimadura, 10 - Choque elétrico, 11 - Queda, 12 - Urgência clínica, 13 - Urgência obstétrica, 14 - Transferência, 15 - Exames complementares, 16 - Outros, 17 - Já removido, 18 - Falso chamado

**Acidente de Transporte**

19 Vítima:  1 - Pedestre,  2 - Condutor,  3 - Passageiro,  9 - Ignorado  
20 Meio de locomoção:  1 - A pé,  2 - Automóvel,  3 - Motocicleta,  4 - Bicicleta,  5 - Ônibus/Micro-ônibus,  6 - Outro,  9 - Ignorado  
21 Outra parte envolvida:  1 - Automóvel,  2 - Motocicleta,  3 - Ônibus/Micro-ônibus,  4 - Bicicleta,  5 - Objeto fixo,  6 - Animal,  7 - Outra,  9 - Ignorado  
22 Equipamentos de segurança:  Capacete,  Airbag,  Cinto de segurança,  Assento para criança

**Exame Físico**

23 Glasgow = 15  
RESPOSTA VERBAL: 4 - Espontânea, 3 - À voz, 2 - À dor, 1 - Nenhuma, 5 - Orientada, 4 - Confusa, 3 - Palavras inapropriadas, 2 - Palavras incompreensíveis, 1 - Nenhuma  
RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos, 5 - Localiza dor, 4 - Movimento de retirada, 3 - Flexão anormal, 2 - Extensão anormal, 1 - Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso: 102, Resp.: 20, PA: 100/70, TAX.: 96, SatO2: 96

25 Local da lesão:

26 Pupilas:  1 - Iguais,  2 - Desiguais  
27 Pulso Radial:  1 - Cheio,  2 - Fino,  3 - Ausente, Central:  1 - Cheio,  2 - Fino,  3 - Ausente  
28 Sangramento:  1 - Sim,  2 - Não  
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10:  1 - Sem Dor,  2 - Leve,  3 - Moderada,  4 - Intensa,  5 - 10

**Assistência**

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):  
 Aspiração,  Oxigênio,  Curativos,  Prancha longa/curta,  Colar cervical,  Kred,  Imobilização de extremidades,  Reanimação cardiopulmonar,  Assistência obstétrica,  Glicemia,  Acesso Venoso,  Medicamentos a), b), c)  
 24 ABR 2018  
 DPVAT  
 Não Removido

**Hospital de Destino**

32 Hospital de Destino: A.C.T.  
 33 Condições de entrada:  1 - Melhorado,  2 - Piorando,  3 - Inalterado  
 34 Óbito:  1 - Sim,  2 - Não  
 Antes do socorro,  Antes do transporte,  Durante o transporte

**Observações Interdisciplinar**

com fratura separada com  
apresenta escoriações =

Responsável pela recepção: Recepcionista  
 Socorristas Médico: medico AE/TE  
 Enfermeiro: Jocana Luiza Mendes de Mesquita  
 Condutor: Medico



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001420/2019-91

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 16/04/2019 - 08:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

28/10/2018 - 00:05

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

ANGELIM

Endereço

RUA B, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CENTRO DE SAÚDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOIADOS

Nome: CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA

RG: 704672 SSP/PI

Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA

Pai: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA, Nº 598

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9904-2044

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA B DO BAIRRO ANGELIM, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2011, MODELO 2012, COR AMARELA. PLACA ODY-9570-PI, RENAVAN 379541297. PROPRIETÁRIO CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA, MOMENTO EM QUE TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, A QUAL TRAFEGAVA PELA MESMA VIA SÓ QUE EM SENTIDO CONTRÁRIO E QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SEM MOTIVO APARENTE, EFETUOU A CONVERSÃO PARA A VIA EM QUE TRAFEGAVA O NOTICIANTE, CAUSANDO ASSIM O ACIDENTE, RELATA AINDA O MESMO QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3979 E ENCAMINHADO AO HUP CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 492835, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA CPF: 286.647.953.04

Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA Número: 598 Complemento: \_\_\_\_\_

Barro: MUNTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

**RENDA MENSAL:**  
 RECLUSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

**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 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem o provável 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 24 DE ABRIL 2019  
 Nome: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA  
 CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Celso Luz Pereira da Silva   
 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

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
 24 ABR 2019  
**DPVAT**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA CPF: 286.647.953.04

Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA Número: 598 Complemento: \_\_\_\_\_

Barro: MUNTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

**RENDA MENSAL:**  
 RECLUSO 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 POUPOANÇA** (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

**CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

**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 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: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem o provável 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 24 DE ABRIL 2019  
 Nome: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA  
 CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340188/19

**Vítima:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 286.647.953-04

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/10/2018

**Titular do CPF:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA : 286.647.953-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/10/2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

\_\_\_\_\_  
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

\_\_\_\_\_  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

### Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: ODY9570 UF: PI CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
<input checked="" type="checkbox"/>	2018	R\$185,50	Quitado	<i>Atencas</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	2017	R\$185,50	Quitado	<i>Atencas</i>

(\*) Motocicleta

*historico anterior vitual antes do  
Atencas -> no prazo vencimento  
o vencimento do veículo  
e no final de placa.*

#### ACESSIBILIDADE



</Pages/Acessibilidade.aspx>

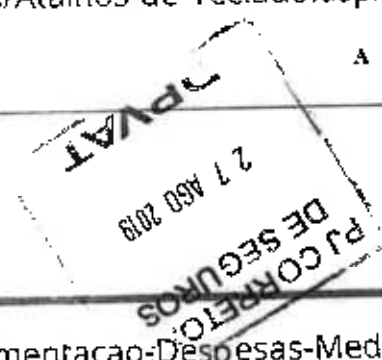


</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A ○

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PI 9020170487596 Nº 013936793840  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 379541297  
CDD. RENAVAM 379541297  
R.N.T.R.C. 379541297  
EXERCÍCIO 2018

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

PLACA ANT./UF 28664795304  
PLACA 00Y-9570  
CLASSI 00Y-9570

PLACA ANT./UF 9C2JG4110BR439985  
CLASSI 00Y-9570

PAS/MOTOCICLO/NEHUHA  
COMBUSTIVEL BASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS  
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

002P/124CC  
CATEGORIA ALUGUEL  
QDR. PREDOMINANTE ANTARELA

COTA ÚNICA  
VENIC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,28  
PREMIO TOTAL (R\$) 90,09

SEGURO OBRIGATORIO PAGO  
OBRIGATORIO

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS. N.º 1115 VALDO PAGO  
ADMINISTRADORA DE CONS. N.º 1115 VALDO PAGO

TERESINA  
DATA 1/4/2019

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

PI Nº 013936793840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 1 28664795304  
EXERCÍCIO 2018  
DATA EMISSÃO 1/4/2019

RENAVAM 379541297  
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

002P/124CC  
CATEGORIA ALUGUEL  
QDR. PREDOMINANTE ANTARELA

COTA ÚNICA  
VENIC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

PREMIO TARIFARIO 81,28  
PREMIO TOTAL (R\$) 90,09

SEGURO OBRIGATORIO PAGO  
OBRIGATORIO

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS. N.º 1115 VALDO PAGO  
ADMINISTRADORA DE CONS. N.º 1115 VALDO PAGO

TERESINA  
DATA 1/4/2019

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT





FEPISERH  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares

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



RECEITUÁRIO

Nome:

*Roberto P. de J. S.*

Data de Nascimento:

     /      /     

Alto para os devidos fins  
que o paciente acima referido  
foi vítima de acidente no trabalho  
de 28/10/18, evoluído em função  
do seu distúrbio  
Apresenta luto de 50%  
de 50% da ADM do Jato  
seguro.

87L

Data:

26, 05, 19

MOD. 60-HGV

Dr. Ayrana Soares Brito  
Ortopeda e Traumatologista  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM - PI 3746 (Rég. 20.9246)

Médico (assinatura e carimbo)





NOME DO PACIENTE: Cláudia Leany Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492635

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

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

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME/HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



*Monte 1 ano 1/2*  
*(X)*  
*1/2*

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 492635
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 06/06/1966	<b>Idade:</b> 52u4m22d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99042-044
<b>Responsável:</b> O MESMO	<b>CNS:</b> 702308109715018	
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA	<b>CPF:</b> 286.647.953-04 * RC: -	
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto	<b>E. Civil:</b> Desq./Divorcado(a)	
<b>End. Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 691212	<b>Data:</b> 28/10/2018 01:26:22	<b>Condução:</b> AMBULANCIA DO SAMU
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid. Trab.:</b> SLM	<b>Trajetos?:</b> Sim	<b>Típico:</b> Não
		<b>CID Secundário:</b> V299

**DADOS CLÍNICOS:**

*Acidente vítima de acidente motociclístico (moto-motor) na 1ª hora  
 após o acidente. Trauma direto de natureza mecânica, limitado ao abd.  
 (A) UA presentes, sem color. anormal  
 (B) MV D, visivelmente normal, sem RA  
 (C) PNE, RT, SE, nenhuma alteração  
 (D) oximetria = 15  
 (E) produzir um MMET e*

*RAIMUNDA GOMES DA SILVA*  
*28.10.18*  
*Téc. em*

PA <u>  </u> X <u>  </u> mmHg	Pulso: <u>  </u>	FC: <u>  </u> bpm	Temp.: <u>  </u>
<b>Diagnóstico Inicial:</b>			<b>CID:</b>

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

*Solicitado RX abd. sópax, RX abd. cora e, RX abd. pna e, RX abd. pte.*

*Glauco Rocha e Silva*  
*Médico*  
*CRP 1710*

<b>ALTA:</b> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> À Pedido	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
	<b>DESTINO:</b> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 Hs <input type="checkbox"/> Anal. Patol.
<input type="checkbox"/> Internação na Unidade <b>Proced. Solicitado:</b>	<b>CID Compatível:</b>

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

24 ABR 2018

**DPVAT**

Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Matrícula: 47300  
 SIME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

Joana Luisa Mendes de Mesquita

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 28/10/2018 01:31:13

(CARLOS ALBERTO)

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

<b>Nome:</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 492635	
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA		<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 06/06/1966	<b>Idade:</b> 52a4m23d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86-99042-044
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 732308109715018	
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA		<b>Documento:</b> CPF: 286.647.953-04	
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto		<b>E. Civil:</b> Desq./Divorciado(a)	
<b>End. Local.:</b> - - -			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 691212	<b>Data:</b> 28/10/2018 01:26:22	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> U S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

**Data/Hora Solicitação:** 28/10/18 01:30 **ESPECIALISTA:** Cirurgião

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** Fratura exposta de fêmur distal à esquerda.  
Do CC.

Dr. André Luís S. Yogueira  
 Médico  
 CRM PI 5799  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER:**

**Data/Hora:** 28/10/18 01:30 **Cir. Geral**

Paciente vítima de acidente motociclístico lesões abertas, hemodinamicamente estável. Abdomen e tórax sem alterações. Ao exame radiográfico não evidências prévias, sem lesões de fratura.

cc: Evoluções para CC para cirurgia ortopédica

Glaucio Rocha e Silva  
 Médico  
 CRM PI 7110  
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

**Data/Hora Solicitação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ :\_\_\_ **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

PJ-CORRETORA DE SEGUROS  
 24 ABR 2019  
 DPVAT  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER:**

**Data/Hora:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ :\_\_\_

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Carimbo/Assinatura Médica: 47389  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

UETU

NOME Celso Luiz Pereira do Silva IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 28/10 /2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 07 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA ( )GERAL ( )RAQUE ( )BLOQUEIO ( )PERIDURAL ( )SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fratura exposta de fêmur distal E CIRURGIÃO Archer

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120/76</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93</u>	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>92%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Quisiane</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTKE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem sibilos	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>00</u>		

( )SONDA VESICAL	( )DRENO DE SUÇÃO	( )DRENO TORACICO	( )DVE	( )COLOSTOMIA	SONDA ( )NASOG( )NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
As 07:45h - Pac admittido no SRPA após no curativo de quot. exposta de fêmur distal E, consciente e orientado, dispnéia, respirando ar ambiente, AV? positivo, estável.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Elso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO	492635
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	2301223
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 52 anos, com fratura exposta de fêmur. Avaliação gineco cardíaca.

DATA: 29/10/18

Dr. Osvaldo Mendes Filho  
Cirurgião Geral - FMT  
CRM: 2128

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Meja nos/d. malim  
AC = naa em 27,8 mm  
PA = 120/80 mmHg  
ECG = normal

Bem como PI  
procedimento ortopédico

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Metrícula: 17390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Antonio Vieira de Jesus  
Cardiologista  
CRM: 2135 - PA

DATA: 30/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

**Fundação Municipal de Saúde**

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HJT  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Fls. Nº \_\_\_\_\_  
 Proc. Nº \_\_\_\_\_  
 Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE: Celso Luiz Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº: 492535
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. André	CPF Nº:
AUXILIAR: Est.	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Crisanto	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Glauclide	CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE Nº 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01					
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Obs.: 3 cupang. 02 Nylon 3.0			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Kátia			
PROLENE							





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

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**

Nome: <u>Uelso Luiz Pereira da Silva</u>	Prontuário:	Data:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>52a</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fract. Fêmur distal - fract. úngula</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**ANAMNESE**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias              | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2 - Patologias respiratórias                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3 - Antecedentes patológicos                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4 - Convulsão                                   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico                | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 6 - Transusão sanguínea                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 7 - Uso de medicação                            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 8 - Alergia                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - História familiar de complicações anestésicas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**EXAME FÍSICO**

PA: <u>150/80</u>	Pulso: <u>92</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	

**EXAMES COMPLEMENTARES**

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax
ECG:		
ECO:		

ASA: I Anestesia proposta:  Geral  Outro: RAQU

**OBSERVAÇÃO DE CRPA:**

Observação de CRPA:

Anestesiologista: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Marcos Luciano Gusante  
Médico  
CRM - PI 5901  
CRM - MA 7295



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
 centro cirúrgico

Nome do Paciente			Celso Luiz Pereira da Silva		
Diagnóstico pré-operatório			Furto exposto de fêmur do fof (E)		
Operação - Tipo			MIE + Fixação externa transosteal		
Cirurgião		2º Assistente		3º Assistente	
Dr. André Leal				André Nogueira (R3)	
2º Assistente			3º Assistente		
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	

ANEXO DO RELATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA  
 CIRCULAR Nº 101/2011  
 DE 11/05/2011

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em BDH sob roquiometria
- 2) Assésia, antissepsia
- 3) Colocação campos estereis
- 4) Lavagem exhaustiva com SF0,9%
- 5) Colocação da fixação externa transosteal em MIE
- 6) sutura ferimentos
- 7) curativo estéril.

Dr. André Luís Nogueira  
 MÉDICO  
 CRM: 111.141/0930



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA,  
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Celso Luiz Pereira da Silva Sala: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Procedimento: Fratura de Fêmur distal Cirurgião: ANDRÉ Observações: \_\_\_\_\_  
Tratamento cirúrgico

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol 0.5%	01	12mg											
2 Morphina	01	10mg											
3 Midazolam	01	2.0mg											
4													
5 cefazolin	02	2g											
6 diclofen	01	10mg											
7 ranitidina	01	50mg											
8 cefepime	01	1.0g											
9 diploca	02	2g											
10 Oxibuprodina	01	10mg											
11 Ondansetron	01	4mg											
12													
13 ETORIL	01	2mg											
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

- Acesso Vascular**
- Periférico 20G
  - Cat. Venoso nº 6
  - Dificuldade acces. venoso
  - Gastos cateteres
  - Central \_\_\_\_\_

- Via Aérea**
- Cateter nasal
  - IOT nº \_\_\_\_\_
  - LMA nº \_\_\_\_\_

- Monitorização:**
- Cardioscopia
  - PANI
  - Oxímetro de pulso
  - ETCO2
  - Outros

- Anestesia:**
- Geral Venosa
  - Geral Balanceada
  - Raqui-anestesia
  - Peridural
  - Bloqueio Periférico
  - Outros

Decúbito: DDT

SPO2 (%)	<u>98 98 98 98 98</u>
ETCO2 (mmHg)	
Acas. Venoso	
Acas. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia: insuf. vent. E, a ra. punção  
lombor mediana em L3-L4  
com inj. 20G sem dificuldades

Dr. Márcus Luciano Uisante  
Médico  
CRM: 5081  
MCA: 7298

Anestesiologista



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4 CNES <b>5828856</b>	<b>225944</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: 492635
7-CNS: 702308109715018      8-Nascimento: 06/06/1966      9-Sexo: Masculino	CPF: 286.647.953-04
11-Mãe: RAINONDA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99042-044
13-Resp: O MESMO	14-Fone: 86-99042-044
15-Endeç: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100      18-UF: PI      19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA	

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408050519</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>
21-Cod. Mudança Procd. <b>0408050624</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILARNA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
27-CID Pac: 724 <b>S724</b>	26-Diagnóstico: <b>Fratura da extremidade distal do fêmur</b>

36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS</b>	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Med. Solic.: <b>003.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em fêmur E

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: <b>170263951/20081</b> <b>Marcelo S. Martins S. Moura</b> Médico Auditor - FMS - Teresina Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(Ass. Conselho)

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 144416 ATH: 2218101810562
---	--

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IIIU7	CNES 5828850
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HIJ7	CNES 5828854

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO</b> 06/06/1966	<b>PRONTUÁRIO</b> 492635	<b>SEXO</b> M
<b>DOCUMENTO</b>	<b>TELÉFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>RESPONSÁVEL</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO (LOGRADOURO)</b> RUA DOTA OLIVEIRA			<b>NUMERO / LOTE</b> 598
<b>BAIRRO</b> MONTE CASTELO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	<b>CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> 0408050624
--	--

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	<b>CÓDIGO</b> 0408050519		
<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	<b>CÓDIGO</b> 0408050624		
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b> FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 PRINCIPAL</b> S12	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>

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

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma = fratura col fêmur E

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

<b>NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> ANDRE LEAL DE VASCONCELOS	<b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b>
<b>CNS SOLICITANTE</b>	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 20/11/2018

### AUTORIZAÇÃO

<b>NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b> TANIA MOREIRA AREA LEAO	<b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b>
<b>CNS AUTORIZADOR</b> 201560395290083	<b>ORGAO EMISSOR</b> 
<b>DATA AUTORIZAÇÃO</b> 20/11/2018 14:01:17	

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matriculada 47390  
SAMB  
CONFERE COM O ORIGINAL



225944

No. da Autorização de Internação Hospitalar (A-3)

344436

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código de Internação:
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>225944</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>		
7-CBS: <b>702308109715018</b>	8-Nascimento: <b>06/06/1966</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11-Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-99042-044</b>		
13-Resp: <b>O MESMO</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>		
15-Endr: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. BRG: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

FX Exposta Fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

AS ALUM

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

RA MP. 0408050624

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Prim: **S723**

25-CID Sec.:

26-CIT C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: <b>0408050519</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>	Tempo em d: <b>4</b>
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02 01</b>	31-Docum.: <b>CPF</b>
		32-Doc. Méd. Solic.: <b>003.635.133-12</b>
33 Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO</b>	34-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	<b>14/11/18</b> <b>Marcondes Martins S. Moura</b> <b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b> <b>50944511250 - CNS 17025345120007</b> <b>Carimbo (Rg. Conselho):</b>
48-Documto: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	<b>Joana Luísa Mendes de Mesquita</b> <b>Matrícula: 47390</b> <b>SAME - FMS</b> <b>CONFERE COM O ORIGINAL</b>	<b>Jenêrio: (LAYLA MORAIS)</b> <b>Consulta Local: 691212</b> <b>Consulta SOS:</b> <b>Impressão: 28/10/2018 04:43:12</b>

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

Nº LAUDO: 144416

AIH: 2218101810562



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

3828856

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

3828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b>	<b>NASCIMENTO</b>	<b>SEXO</b>	<b>PRONTUÁRIO</b>
	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	06/06/1966	M	492635
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	
		RAIMUNDA GOMES DA SILVA	CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NÚMERO / LOTE</b>
				398
<b>BAIRRO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>L.F</b>	
MONTE CASTELO		TERESINA	PI	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
FRATURA EM MMII

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S723 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
---	--------------------------	---------------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
3408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIA/RAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b> ANDRÉ TAL DE VASCONCELOS CPF: DI: 69513312 CRM:
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 28/10/2018
<b>DATA ADMISSÃO</b> 28/10/2018 01:31	<b>DATA ALTA</b> 09/11/2018 18:07
<b>MOTIVO ALTA</b> PERMANENCIA POR REOPERACAO	

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

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

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b> TANIA MOREIRA ARAUJO CPF: 4786135915 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b> DATA ANALISE: 28/10/2018 01:34:09
	CPF: CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>225944</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>
7-CNS: <b>702308109715016</b>	8-Nascimento: <b>05/06/1966</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11-Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-99042-044</b>
13-Resp: <b>O MESMO</b>	14-Fone: <b>86-99042-044</b>
15-End: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. IBS: <b>221100</b>
	18-NF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod. Proced. Princip. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
31-Cod. Procedimento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição de Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>
	Quant. Solicitada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMMES - NF: nê</b>	

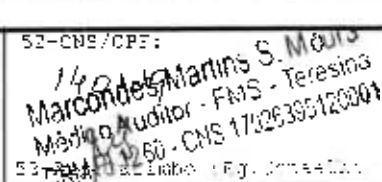
36-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>28/10/2018</b>	40-No. Doc. Méd. Solic.: <b>303.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Dor e deformidade de coxa e.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Pg. Conselho):

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>110167</b>
		

*Joana Luísa Mendes de Mesquita*  
Matrícula: 47390  
SAME - FMS -  
CONFERE COM O ORIGINAL



**PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda**  
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES  
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.  
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458  
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí  
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

### COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome:  Celso Luiz Pereira da Silva

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário:  492635  Data da Internação:  / /

Procedimento Médico Realizado: \_\_\_\_\_

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL:  28 / 10 / 18  DATA DA ALTA:  / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	<u> Fixador Tubo a Tubo. </u>
	<u> 4 Barras (2 longas / 2 curtas) </u>
	<u> 6 conectores (5 simples) / 1 duplo </u>
	<u> 3 conectores duplos </u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina   28  de  outubro  de  2018

Nome do Hospital:  HUT

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

*André Luiz de Vasconcelos*  
Ortopedia e Cirurgia da Mão  
TEOT 1367  
CRM - PI 4803

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



226661

No. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

n.º 147964

1- Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2- CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4- CNES <b>5828856</b>	<b>226661</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: <b>CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>492635</b>		
7- CNS: <b>702308109715018</b>	8- Nascimento: <b>06/06/1966</b>	9- Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>286.647.953-04</b>
11- Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES DA SILVA</b>	12- Fone: <b>86-99042-044</b>		
13- Resp: <b>O MESMO</b>	14- Cor: <b>sem informação</b>		
15- Endere: <b>RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - 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>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Paciente apresentando queixas de fratura supracondiliana de fêmur</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Necessidade de fto cirurgia</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx Fratura grave de fêmur distal</i>			
23- Diagnóstico Inicial: <b>Fratura da extremidade distal do fêmur</b>	24- CID Prim.: <b>S724</b>	25- CID Sec.: <b></b>	26- CID C. res.: <b></b>

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- Cod. Proced.: <b>0408050624</b>	27- Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	Tempo SUS: <b>4</b>
29- Clínica: <b>02</b>	30- Caráter: Ident.: <b>01</b>	31- Docun.: CPF: <b>669.742.673-04</b>
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	34- Data Solicitação: <b>08/11/2018</b>	35- Ass. Caráter Mod. Sci. (CM): <b></b>

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização: <b>10/12/18</b>
48- Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49- Num. Documento: <b>59284/2018</b>
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	<p>Matrícula: <b>47390</b></p> <p>Carreira: <b>(KARLA BATISTA)</b></p> <p>Unidade: <b>SAME - HUT</b></p> <p>Consultoria Local: <b>691212</b></p> <p>Consultoria SUS:</p> <p>Impressão: <b>08/11/2018 18:05:50</b></p>

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

Nº LAUDO: 147964



AII: 2218101817899

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828356
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO</b> 06/06/1966	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 492635
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b> RAIMUNDA GOMES DA SILVA	<b>RESPONSÁVEL</b> CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NÚMERO / LOTE</b> 533
<b>BAIRRO</b> MONTE CASTELO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

FRATURA EM MMII

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0498053624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR META-FISE DISTAL

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  ANDRÉ LUIZ DE VASCONCELOS CPF: 00369513312 CRM:
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 08/11/2018
<b>DATA ADMISSÃO</b> 08/11/2018 18:07	<b>DATA ALTA</b> 10/11/2018 09:00
<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

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

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  HENRIQUE ACMEIDA FILHO CPF: 05580931334 CRM:	<b>DATA ANÁLISE:</b> 08/11/2018 20:29:22	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR E AVALIAÇÃO/AUDITORIA</b>  CPF:	<b>CRM:</b>	<b>DATA ANÁLISE:</b>
--	--	---	-------------	----------------------

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Médica: 47396  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL







**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Celso Luiz Pereira da Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura Supracondílea de Fêmur (S)*

Operação - Tipo *Fixação Cirúrgica de Fratura Fêmur Distal (S)*

Cirurgião *Dra. Ayrão* 1º Assistente *Dr. Marcos (R)*

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiologista  
*Dr. Raulino Filho*  
Médico Anestesiologista  
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00

Anestesia

*Rapido*

Anestésico(a)

Data da Operação

*08/11/18*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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


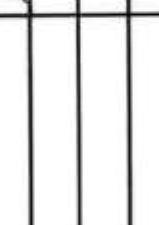
- 1) *Prelet em DDA sob regim anestésico.*
- 2) *Alinhamento + Anestesia + Colocação de curas*
- 3) *Redução de fratura distal + Fixação lateral em curas (S) + Drenagem por dorso + Hemostase*
- 4) *Redução de fragmentos de fêmur distal + Colocação de Parafuso DHS + Placa + parafuso. 5) Revisão de Alinhamento + Colocação de curas + Sítio Plano + Curativos*

*Ayrão*  
Dra. Ayrão Sodres Aires  
Ortopedia e Traumatologia  
CIRURGIA DA COLUMNA VERTEBRAL  
CRM-PI 3746 CRM-MA 3546 TEOT 13487

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LETO	MÉDICO ASSISTENTE
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA		492635		06/06/1966	52	Ortopédica	230	223	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DI: 28/10/2018	FRAT. EXPOSTA FEMUR DISTAL								
10/11/18									
1	Dieta oral livre								
2	Jeito salinizado								
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
5	Rantidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N								
9	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA								
10	Curativos diários								
11	Cuidados gerais e sinais vitais								
	<i>Alta</i>								
	<p>Joana Luiza Mendes de Mesquita  Matricula: 47390  SAMU - HUT  CONFERE COM O ORIGINAL</p>								
									
									
	OBSERVAÇÕES								
	09:00 - Paciente de alta hospitalar.								



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE HUT

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOÇ. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETRÓCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			CORTICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	<p>→ 40% / 20% (Calte) (cural)</p> <p>SpO<sub>2</sub> 98</p> <p>90-90-90</p> <p>16:30</p>				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-LITO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA T	38					1	
P. ARTERIAL V O PULSO	200					2	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	100					3	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80					4	
RESPIRAÇÃO O	40					5	
	20					6	
	10					7	
						8	
						9	
						10	
						11	
						12	
						13	
		14					
		15					
SÍMBOLOS		DURAÇÃO					
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
Dr. Laurindo Raulino Filho Médico Anestesiologista CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00				Dr. Laurindo Raulino Filho Médico Anestesiologista CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00			
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS			



DATA/HORA CÓDIGO	NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LETO	MÉDICO ASSISTENTE
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATORIO DE ENFERMAGEM				
		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
08/11/18	# por fratura femoral E SUPRA CONDILIANO	492635	Ortopédica	230	223	23:50' - paciente re- tonhou do ee em por fratura femoral E.
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA					
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS					
4	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h					
7	TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN					
8	CUIDADOS GERAIS					
9	Clonem 20mg - 100, 50, 1 X (duas)					
0						
		Maria Aparecida Vitor Médica CRM-PI: 6252				

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUAT  
 CONFERE COMO ORIGINAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

024

NOME Carlos Luis Pereira da Silva IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 08/11/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA fract de tíbia esquerda CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>88/67</u>	<u>104/70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>86</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Oliver</u>	<u>A</u>

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

RAIO X REALIZADO  
 DATA 08/11/2018  
 Contador

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasog	Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: do: está Admitido na RPA no pós de fratura femur @ sob efeito de anestesia raque. consciente. Respirando espontaneamente. Bem

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME/HUT  
 CONFERE COMO ORIGINAL

ALTA SRPA  
 Valter M. Simeão Filho  
 Anestesiologista  
 CRM-PA 5079

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

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

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otton Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3018 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/1-022-02

Página 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a4m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 691212  
Requisição: 887131 Solicitação: 28/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1099693 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 28/10/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em: pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA COMINUTIVA NA DIÁFISE DISTAL DO FÊMUR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SANE-PI/UT  
CONFERE COM O ORIGINAL


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

 Rua Dr. Otilio Cito 1820 - Raderção - Fone: 86 3718 5445  
 TERESINA - PI CEP: 64019-770 CNPJ: 08.522.917/1072-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 492635)**  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 08/06/1966 Idade: 52a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225944  
 Requisição: 889893 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO  
 Controle: 1103305 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPI DICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 07/11/2018

**T.C. DE JOELHO ESQUERDO**

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMINUTIVA COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR NA PORÇÃO DISTAL DO FÊMUR.
- FRATURA COMINUTIVA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL LATERAL E AS EMINÊNCIAS INTERCONDILIANAS.
- HEMOARTROSE DE MODERADO VOLUME.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/11/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Ollio Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3216 5445

TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNES: 05.502.917/0022 02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
 Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
 Controle: 1103708 Convênio: S U S CLINICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 08/11/2018

**COXA ESQUERDA**

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

**Conclusão:**

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

*Joana Luísa Mendes de Mesquita*  
 Matrícula 47390  
 SANE - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otton Nito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CNPJ: 64617-770 CNPJ: 05.522.917/1022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 492635)  
 Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA N 598 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/06/1966 Idade: 52a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226661  
 Requisição: 890254 Solicitação: 08/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
 Controle: 1103709 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 08/11/2018

**JOELHO ESQUERDO**

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

- Fratura cominutiva do fêmur distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura cominutiva do fêmur distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

**COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS**  
**CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR**

CLIENTE...:90088 CALSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

CNS: 898002935234199

IDADE.....:52 anos

REQ:

MÉDICO ...:AYRANA SOARES ATRES

DATA EXAME: 21/01/2019

SEXO.....:

CONVÊNIO: SUS

**RX DO JOELHO ESQUERDO**

**ACHADOS:**

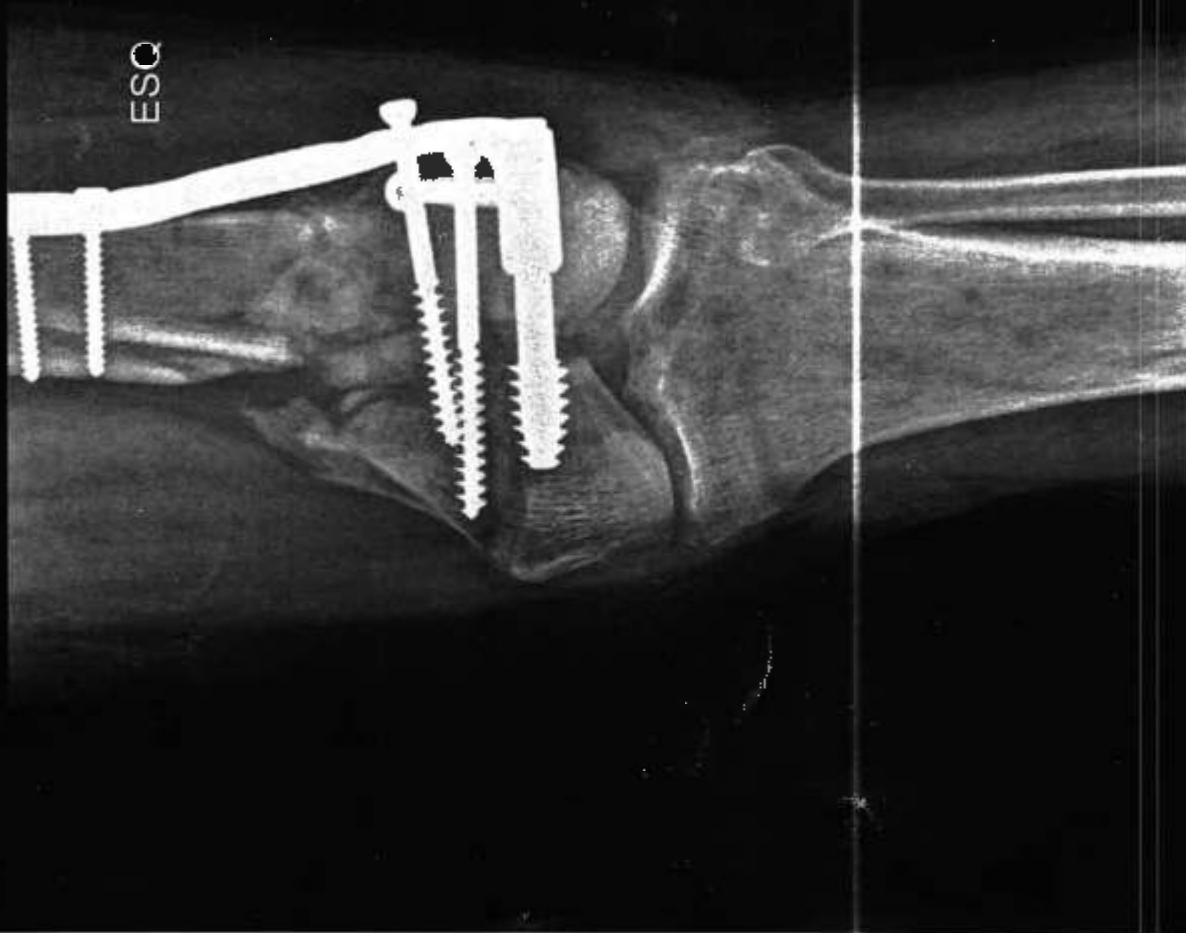
Redução da mineralização óssea difusamente.  
Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.  
Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Redução da mineralização óssea difusamente.
- Fratura cominutiva da extremidade femoral fixada por pino/placa e parafusos metálicos.
- Aumento de partes moles.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

  
Dr. Igor Neiva de Moraes Santos Cordeiro  
CRM4058



ESQ



ESQ

58.3%

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA,

90088

06/08/1968

21/01/2019 10:31

58.3%



AV HIGIENO CUNHA, 1515 - ILHOTAS - TELEFONE (051) 3198-1500

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 E INFRA-ESTRUTURA DE TRANSPORTES

**CELMO JOSÉ FERREIRA DA SILVA**  
 RUC: 704472 889 71  
 CPF: 288.647.953-04  
 DATA NASCIMENTO: 06/06/1985

TITULAR: JOSE FERREIRA DA SILVA  
 RAZÃO SOCIAL: RAIZUNDA OZEMIS DA SILVA

RUA: [REDACTED] Nº: [REDACTED] CATIM: [REDACTED] AD: [REDACTED]  
 CEP: [REDACTED]

VENCIMENTO: 04150433529  
 VIGÊNCIA: 00/10/2010  
 PRAZOS: 16/01/1985

LOCAL: [REDACTED] PI  
 AGÊNCIA: [REDACTED]  
 CATEGORIA: [REDACTED]

DATA DE EMISSÃO: 25/09/2017  
 Nº: 0444336725  
 Nº: 8731941340

**PIAUI**

PROFISSIONAL: [REDACTED]

1538767607  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 24 ABR 2019  
 DPVAT



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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA CPF: 286647953.04

Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA Número: 598 Complemento: \_\_\_\_\_

Barro: MUNTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

**RENDA MENSAL:**

RECLUSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

**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 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: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem o provável 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 24 DE ABRIL 2019  
 Nome: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA  
 CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Celso Luz Pereira da Silva   
 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

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
 24 ABR 2019  
**DPVAT**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT



**Dados do Chamado**

01 Nº do chamado: 3974  
02 Data do chamado: 20/10/2018  
03 PRO (código): 2001  
04 Saída do PA: 00 11 00  
05 Chegada ao local: 00 01 00

06 Saída do local: 01 01 00  
07 Chegada ao 1º hospital: 01 11 00  
08 Saída do 1º hospital: 01 11 00  
09 Chegada ao 2º Hospital: 01 11 00

**Local da Ocorrência**

10 Endereço: Rua B Anfelino  
11 Bairro: Acipolônio  
12 Município-UF: Teresina PI  
13 Ponto de referência: Centro de Saúde

**Dados do Paciente**

14 Nome: Celso Luiz Pereira da Silva  
15 Sexo: 1 - Masculino   
2 - Feminino  
3 - Ignorado

16 Idade: 50  1-Dia 2-Mês 3-Anos 8-Ignorado  
Se idade ignorada, preencha com 999

17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?  
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**Tipo de ocorrência**

01 - Acidente de transporte, 02 - Agressão física-espantamento, 03 - Agressão física-FAF, 04 - Agressão física-FAB, 05 - Urgência psiquiátrica, 06 - Tentativa de suicídio, 07 - Envenenamento, 08 - Afogamento, 09 - Queimadura, 10 - Choque elétrico, 11 - Queda, 12 - Urgência clínica, 13 - Urgência obstétrica, 14 - Transferência, 15 - Exames complementares, 16 - Outros, 17 - Já removido, 18 - Falso chamado

**Acidente de Transporte**

19 Vítima  1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado  
20 Meio de locomoção  1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado  
21 Outra parte envolvida  1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado  
22 Equipamentos de segurança  Capacete  Airbag  Cinto de segurança  Assento para criança

**Exame Físico**

23 Glasgow = 15  
RESPOSTA VERBAL: 4 - Espontânea, 3 - À voz, 2 - À dor, 1 - Nenhuma, ABERTURA OCULAR  
RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos, 5 - Localiza dor, 4 - Movimento de retirada, 3 - Flexão anormal, 2 - Extensão anormal, 1 - Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 102, Resp. 20, PA 100/70, TAX. 96, SatO2 96

25 Local da lesão:

26 Pupilas: 1 - Iguais  2 - Desiguais  
27 Pulso Radial  Central   
1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente

28 Sangramento  1 - Sim 2 - Não

29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor, 1 Leve, 3 Moderada, 7 Intensa, 10

30 Fratura: 1 - Sim  Exposta  Fechada

**Assistência**

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):  
 Aspiração  Prancha longa/curta  Imobilização de extremidades  Glicemia  
 Oxigênio  Colar cervical  Reanimação cardiopulmonar  Acesso Venoso  
 Curativos  Kred  Assistência obstétrica  Medicamentos a) b) c)

24 ABR 2018  
CORRETORA DE SEGUROS  
DPVAT  Não Removido

**Hospital de Destino**

32 Hospital de Destino: A.C.T.

33 Condições de entrada: 1 - Melhorado  2 - Piorando  3 - Inalterado

34 Óbito: 1 - Sim  2 - Não   
 Antes do socorro  Antes do transporte  Durante o transporte

**Observações Interdisciplinar**

com fratura separada com  
apresenta escoriações =

Responsável pela recepção: *[assinatura]*

Socorristas Médico: *[assinatura]* AE/TE: *[assinatura]*

Enfermeiro: Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47390  
Condutor: *[assinatura]*

CONFIRMAR COM O ORIGINAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001420/2019-91

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 16/04/2019 - 08:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

28/10/2018 - 00:05

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

ANGELIM

Endereço

RUA B, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CENTRO DE SAÚDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOIADOS

Nome: CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA

RG: 704672 SSPPI PI

Mãe: RAIMUNDA GOMES DA SILVA

Pai: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

Endereço: EUA DOTA OLIVEIRA, Nº 598

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9904-2044

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA PELA RUA B DO BAIRRO ANGELIM, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2011, MODELO 2012, COR AMARELA. PLACA ODY-9570-PI, RENAVAN 379541297. PROPRIETÁRIO CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA, MOMENTO EM QUE TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, A QUAL TRAFEGAVA PELA MESMA VIA SÓ QUE EM SENTIDO CONTRÁRIO E QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SEM MOTIVO APARENTE, EFETUOU A CONVERSÃO PARA A VIA EM QUE TRAFEGAVA O NOTICIANTE, CAUSANDO ASSIM O ACIDENTE, RELATA AINDA O MESMO QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3979 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 492835, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

CELSO LUIS PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 286.647-953-04 Nome completo da vítima: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA CPF: 286.647.953.04

Profissão: MOTOTAXISTA Endereço: RUA DOTA OLIVEIRA Número: 598 Complemento: \_\_\_\_\_

Barro: MUNTE CASTELO Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.016-210

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86.99904-2044

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

**RENDA MENSAL:**

RECLUSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1606 013 CONTA: 00087671 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

**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 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: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem o provável 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 24 DE ABRIL 2019

Nome: CELSO LUZ PEREIRA DA SILVA

CPF: 286.647-953-04

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Celso Luz Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

24 ABR 2019

**DPVAT**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

---

**Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190561715**

**Vítima: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190561715**

**Vítima: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137311/19

**Vítima:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 286.647.953-04

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/10/2018

**Titular do CPF:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA : 286.647.953-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04


\_\_\_\_\_  
CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

\_\_\_\_\_  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137311/19

**Vítima:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 286.647.953-04

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/10/2018

**Titular do CPF:** CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

3190.289112

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA : 286.647.953-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

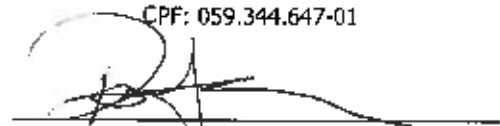
### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019  
Nome: CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA  
CPF: 286.647.953-04

  
CELSON LUIZ PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170487596 Nº 013936793840  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 379541297 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

CELSO LUIZ PEREIRA DA SILVA

PLACA ANT./UF 28664795304 00Y-9570

PLACA ANT./UF 9C2JG4110BR439985

PLACA ANT./UF 00Y-9570

PAS/MOTOCICLO/NEHUHA COMBUSTIVEL BASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

002P/124CC CATEGORIA ALUGUEL ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

002P/124CC COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

002P/124CC COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 2º IPVA

002P/124CC COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 3º PAGO

TERESINA DATA 1/4/2019

AGÊNCIA MARITÍMA DO PERNAMBUCO  
DIRETORIA GERAL DO DETRAN - PI  
TERESINA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 013936793840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 1 RENAVAM 28664795304 OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 379541297 OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 002P/124CC OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 002P/124CC OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 002P/124CC OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 002P/124CC OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 002P/124CC OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 002P/124CC OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 002P/124CC OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

VIA 1 RENAVAM 002P/124CC OFP / CNPJ 00Y-9570 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 1/4/2019

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.558.000/0001-04

OUT/3017