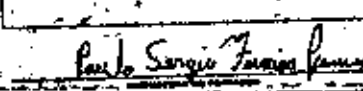


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 863846547	
	SOC. ECONÔMICA / CATEG. VEÍCULO 2169465 829 P1
	CPF 007.435.833-29
	DATA DO EXAME 22/08/1984
	NOME JOÃO FERREIRA GOMES
NOME DO PAI RODRIGUES GOMES	
SEXO M	ACI M
NÚMERO 27 145448	DATA 26/11/2010
DATA 10/12/2002	
ASSINATURA 	
DATA DO EXAME 13/01/2014	85067468143 81313440093
DETRAN - PERNAMBUCO	

06 JUN 2017



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Raulo Sérgio Ferreira Jones

DATA DO ACIDENTE 25.01.17 CPF DA VITIMA 007435833-29

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM

A VITIMA É ()

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Lúcio Dutra Freitas

Nº 729 COMPLEMENTO BAIRRO Agua mineira

CIDADE Leominie UF PI CEP 64000-000

E-MAIL () TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ LAUDO IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DL (CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

0 JUN 2017

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00

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

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

* PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

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

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE RÁTI'S SAC DPVAT 0800 023 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IA 05-06-17

DATA

ATIVIDADE

NOME

INATURA

SINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170310410 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES **Data do acidente:** 05/01/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do úmero proximal esquerdo + Fratura do olécrano esquerdo
Fratura do acetábulo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Paulo Sergio Ferreira Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 432129

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".

06 JUN 2017

TC CRANIO-005 PA TC QUADRIC-05.04
TC COL. CERV.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - H.U.T.

Rua Pr. Otto 1830 Redenção - Lm: 86 3229 4872

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

NEURO (OK)
OCTOPEDIA
238

Im: 05/01/2017 20:39:41

USAR: 107440

Relação: R00101

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	PAULO SERGIO FERREIRA GOMES	Prontuário:	432129
Mãe:	MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES	Pai:	JOAO FERREIRA GOMES
End.Resid.:	RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento:	22/06/1984	Idade:	32a:7m:14d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-32142-170
Responsável:	MARILENE	CNS:	701800212505179
Profissão:	MOTO TAXI	Documento:	
G. Instrução:	Médio Incompleto	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	589262	Data:	05/01/2017 20:26:24	Condução:	Supervisão de 1º grau
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA-EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Id.Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundario:	v299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIAO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 30 MINUTOS, EVOLUINDO COM LER EM CENITICA ESQUERDA, TENDENDO LIMITO F. RE EQUILIBRIO. APRESENTANDO LESOES EM TORAX, BACIA, TRAT. IN CONSEQUENCIA DO - - - - - ALERGIA MEDICAMENTOSA.	RODRIGO FERREIRA HOLANDA CRM 222664 PI Em: 05/01/2017 20:39:40		

DADOS CLÍNICOS:	(Hora: :)
Paciente vítima de acidente de trânsito que entra de AC 40 mi. Apresenta: A) nas costas piores e dor cervical e dor no abdômen. B) FO MVQ em HT. Hipotensão C) Pulso cheio e regular, FC: 83bpm. D) ECO: IS (AO:4 RV:5 RA:6) Abdomen: globoso, depressível, indolor à palpação superficial e profunda	

PA	X	mmHg	Pulso:	65 bpm	Temp:	36,5°C
Diagnóstico Inicial:						

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
Re Solicito: TC de Crânio e Coluna de Ombro (C) + Renda (P) (M) - Deferido (001/2017) - SF 0,9% 1000 ml IV - Dexametazona 2mg + 20 IV - 05/01/2017 6 JUN 2017

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Profund 100g + SF 1000 ml Dexametazona 10mg + SF 1000 ml IV 400g				
DATA:	1 / 1	HORA:	1	Procedimento:	0408020547

Assinatura Paciente ou Responsável	Assinatura - Profissional
	Flávia S. Costa Especialista em Traumatologia CRM-PI 5102

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 05/01/2017 20:29:48
(NOMARK)

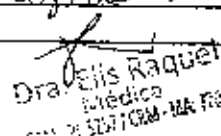
DADOS DO PACIENTE:

Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES		Prontuário: 432129
Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES	Pai: JOAO FERREIRA GOMES	
End.Resid.: RUA LOURENÇO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 22/06/1984	Idade: 32a:7m:14d	Sexo: Masculino Fone: 86-32142-170
Responsável: MARILENE	CNS: 701800812505179	
Profissão: MOTO TAXI	Documento:	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

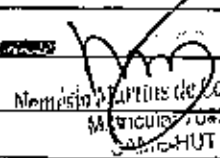
DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 589262	Data: 05/01/2017 20:26:24	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

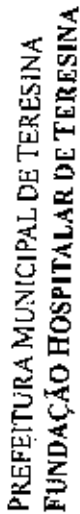
DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: # numeração de plano de tratamento de acordo com o TC de origem - TC de origem em anexo > com laudo neurológico	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
com um conduto neurológico Avaliação clínica / ortopédica	
 Dra. Elis Raquel Médica CRM 71507/01-MA FIC	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
 Nemesio Martins de Castro Neto Médico CRM 71507/01-MA FIC Confere com Original	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

06 JUN 2017

[illegible]



181673

ALH : 22110001409-0

Orgão Emissor: #221100001

LINHA : 0415030013 - ZENIN ROLHA

PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

DATA: 12/01/2017

PRCEO.: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

OP. VIST.: NELLINGHAM

CID: 8422

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5828800

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-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

6 - Prontuário: 432129

7-CNS: 701800212505179

8-Nascimento: 22/06/1984

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

12-Fone: 86-32142-170

13-Resp: MARILENE

COM BOLETIM CIR/ANEST

14-Cor: Amarela

15-Ende: RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - CEP: 64069-990

17-Cod. IBS: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64069-990

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

Politrauma. Fract. vómer proximal, olecrânio e acetábulo

21 - Condições que justificam a internação:

Trauma etc.

542.2 0408020334364
552.0 04080204151233
532.4 04080402971233

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

Artragrafia + Rx + Ex físico

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0415030013

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

9999

28-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

695.721.193-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

GLAUSON TUQUARE MELO NASCIMENTO

06/01/2017

Flávio Márcio B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39- Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

José Gonçalves Gonçalves Filho
Médico Auditor DRCAA/SMS
CPF: 025.500.753-15
CIS: 203833990030000

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Glauson Tuquare

Flávio Márcio B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102
06/01/2017 10:56 28



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° 181673

Proc. N°

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/04/2017

NOME DO PACIENTE: Paulo Sérgio Ferreira Gomes	IDENTIFICADOR N°: 432129
DIAGNÓSTICO: Politraumático	CIRURGIA: Politraumatizado
ANESTESIA: Geral	N° DA SALA: 04
CIRURGIÃO: Dr. Glaucen	CPF N°:
AUXILIAR: Dr. Felipe Maciel B. S. Goulinho Ortopedista Traumatologista CRM-PI 3102	CPF N°:
ANESTESIA: Dr. Hugo	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: Selma	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI no 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP: TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRADO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL no 16	UNID.	04	
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Eletrodo - 05 unid.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escolas - 04 unid.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				Crepom -			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				Tubo endotranqueal - 01 unid.			
ALCOFIL				ci cuff			
MONONYLON 2-0		03		Nemesio J. Lima - Castro Neto Médico - 70891 CRM-PI Confere com Original			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0		02		CIRCULANTE: Solange martins			
PROLENE							

06 JUN 2017



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Paulo Sérgio Ferreira Gomes

Diagnóstico pré-operatório Fract. acetábulo, olecrano e úmero proximal

Operação - Tipo Ortometia

Cirurgião Dr. Clauson
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775

1º Assistente Dr. Flávio
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

2º Assistente

Instrumentador(a) Selene

Anestesiologista Dr. Hugo

Anestesia geral

Anestésico(a)

Data da Operação

06.01.2017

Início

10:00

Fim

12:00

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Nemézio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70691
SAÚDE-HUT
Conte com Original

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

Auértese perf., DPA, drenagem, aut. nervo, coleção
úmero deltoideu, RAB e plexo e poroflexo,
inter. dorso no acetábulo e RAB e condroge
em bacia de tórax. Suturas e curativos.
Proced. transiluminar e eq. e p. fixador 3.5.
*04080 50098

Flávio Maciel
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

Clauson Tuquarre Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775

06 JUN 2017

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Paulo Sérgio Ferreira Gomes

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Glaucio

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: 0702031003

JUSTIFICATIVA:

Fract. olecranon exp. necessitando fix. haste

Teresina, 06/01/2017

Glaucio
FISIC. 000012-00 S. Coutinho
Ortopedia e Traumatologista
CRM-PI 5102

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, ____/____/____

Neuza
Neuza Auritins de Castro Neto
Maxilofacial 70691
SAMU-HUT
Carfere com Original

Assinatura do Médico Solicitante

06 JUN 2017

[illegible]



PRÉFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° 238

Proc. N°

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/04/2017

NOME DO PACIENTE: Paulo Sérgio Ferreira Gomes	PRONTUÁRIO N°: 432129
DIAGNÓSTICO: Politraumático	CIRURGIA: Politraumático
ANESTESIA: Geral	N° DA SALA: 04
CIRURGIÃO: Dr. Glauber	CPF N°:
AUXILIAR: Dr. Fábio B. S. Coutinho	CPF N°:
ANESTESIA: Dr. Hugo	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: Seline	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI no 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOIA			PVPI TÓPICO	MI	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRADO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL no 16	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Eletrodo - 05 unid.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escalas - 04 unid.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				Crepom -			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				Tubo endotraqueal - 01 unid.			
ALCOFIL				el cuff no 7.0			
MONONYLON 2.0		03		 Nereide Martins de Castro Neto Médico: 70891 SANEAMT Confere com Original			
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0		02		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: Solange Martins			

06 JUN 2017



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Paulo Sérgio Ferreira Gomes

Diagnóstico pré-operatório

Fract. acetábulo, deslocado e uniu. proximal

Operação - Tipo

Osteossíntese

Cirurgião

Dr. Glauson

Glauson Tugnaire Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775

1º Assistente

Dr. Flávio

Flávio Medeiros de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

2º Assistente

Instrumentador(a)

Selene

Anestesiologista

Dr. Hugo

Anestesia

Geral

Data da Operação

06.01.2017

Início

10:00

Fim

12:00

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Nemésio Martins de Castro Neto
CRM-PI 70691
SAME-HUT
Confere com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Anestesia perf., DTA menor, cut. menor, limpeza
interna do abd. prof., RRT e placa e parafusos,
int. de abd. no acetábulo e RRT e corcova
em direção de trauma. Suturas e curativos.
Fech. com plásticos e ep. e fio Kirschner 3-5

06 JUN 2017

Glauson Tugnaire Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775

Flávio Medeiros de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

UNIDADE DE SAÚDE						Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <u>PATO VILAS BOAS ROLAI</u>							
DATA <u>07/04/97</u>	P. ARTERIAL <u>120/80</u>	PULSO <u>60</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	<u>DE</u> SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS, URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATORIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL <u>ELEG</u>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>PROSTATOMA</u>					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <u>NÃO</u>				APLICADO AS	EFEITOS		
							TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	<u>[Handwritten notes]</u>					
LÍQUIDOS	SU-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<u>[Handwritten notes]</u>					
TEMPERATURA T	38	<u>[Handwritten notes]</u>					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	<u>[Handwritten notes]</u>					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		<u>[Handwritten notes]</u>					1
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		<u>[Handwritten notes]</u>					2
RESPIRAÇÃO O.		<u>[Handwritten notes]</u>					3
SÍMBOLOS							DURAÇÃO
TÉCNICAS	<u>[Handwritten notes]</u>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES	<u>[Handwritten notes]</u>					<u>[Handwritten notes]</u>	
CIRURGIÕES	<u>[Handwritten notes]</u>					<u>[Handwritten notes]</u>	
ANESTESISTAS	<u>[Handwritten notes]</u>					<u>[Handwritten notes]</u>	
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							<u>[Handwritten notes]</u>
PARTICULARIDADES							

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Paulo Sérgio Jureia Gomes		IDADE	anos	DATA	06/01/2017
HORÁRIO DE ADMISSÃO	12 hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA	GERAL () RAQUET () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO			
CIRURGIA REALIZADA	Fratura de ulna proximal, fechada e a -				CIRURGIÃO	
SINAIS VITAIS	atetolulher (E)		HORÁRIO			
	ADMISSÃO		SAÍDA			
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	121/60		152/70			
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	87		90			
SATURACÃO DE O ₂ (%)	94.1		95.1			
TEMPERATURA AXILAR (°C)	/		/			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	/		/			
NOME/MATRÍCULA	Jureia		Jureia			

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR ALTA						

TOTAL	06		
ASS			

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() JOVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrica
ml	ml	ml	ml		
hs	hs	hs	hs		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12:20 Admitido na SRPA com P.O. de ulna proximal, fechada e a - atetolulher (E). Sem apnéia da respiração. Comiente, consciente, responde espontaneamente sem apnéia de O₂ para cateter nasal 2 l/min. FC em controle. 13:45 - hoje estável, sem queixas. Exibido de SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () INT () NEU () CIR () MED

Nemésio Augusto de Castro Neto
 Matrícula: 70691
 SAME-HUT
 Confere com Original
 06 JUN 2017
 ANESTESIOLOGISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Signature

[illegible]



181648

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PAH : 221/10002182-4
UNI : H-U-T (PROR. ZENON NOUHA)

Órgão Emissor: H221100001

PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

DATA: 05/01/2017
22/06/1984

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

N.º LIBERAÇÃO: 17/01/2017

PROR. : 0408020547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA DO COTOVELO

UP. SISI: WELLINGTON

CIV : 5520

01. 08001 05/01/2017

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828856

10/10/17

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

6 - Prontuário: 432129

7- CNS: 701800212505179

8- Nascimento: 22/06/1984

9- Sexo: Masculino

11- Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

12- Fone: 86-32142-170

13- Resp: MARILENE

14- Cor: Amarela

15- Ender: RUA LUCRECIO DANTAS N° 29 - AGUA MINERAL - CEP: 64069-990

16- Munic: TERESINA

17- Cod. IBGE: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos:

- Dor e deformidade de braço.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23- Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úlna [ulna]

24- Cód. Prim:

5520

25- Cód. Sec:

26- Cód. Causa:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

8- Cod. Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

0408020547

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO

Tempo SUS
3

29- Clínica:

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

02

01

CPF

841.275.623-15

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34- Data Solicitação:

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

05/01/2017

35- Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39- CNPJ Seguradora:

40- No. R. Theres:

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- Ass. Carimbo Auditor DRCAA/SMS

CPF: 025.500.753-15

CNS: 203833990030000

48- Documento:

49- Num. Documento:

() CNS () CPF

50- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ERICA LARISSA)

Consulta Local: 589103

Consulta SUS:

Impressão: 05/01/2017 22:59:54

X Marilene Araújo dos Santos Gomes



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
 Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a:7m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
 Requisição: 710004 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 885340 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 05/01/2017

OMBRO DIREITO

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

- Fratura no úmero proximal.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável


 Nemésio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70891
 SAME-HUT
 Confere com Original
 06 JUN 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
 Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS N° 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a.7m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
 Requisição: 710004 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 885341 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 05/01/2017

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF. 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável


 Nemésio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70891
 SAME-HUT
 Confere com Original
 06 JUN 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
 Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS N° 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 22/06/1984 Idade 32a:7m:1d Sexo Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
 Requisição: 710004 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 890571 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 05/01/2017

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF. 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável


 Nemésio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70991
 SAME-HUT
 Confere com Original

06 JUN 2017


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
 Endereço: **RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990**
 Nascimento: **22/06/1984** Idade: **32a:7m:14d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **589262**
 Requisição: **710006** Solicitação: **05/01/2017** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **885342** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 05/01/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/01/2017

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável


 Nereida Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70691
 SAME-HUT
 Confere com Original

06 JUN 2017

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
 Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
 Requisição: 710020 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 885356 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 05/01/2017

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/01/2017

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

06 JUN 2017


 Nemésio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70891
 SAME-HUT
 Confere com Original


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4812

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
 Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS N° 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a:7m:2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
 Requisição: 710028 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
 Controle: 885365 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 05/01/2017

QUADRIL

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável


 Nemésio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70891
 SAME-HUT
 Confere com Original

06 JUN 2017

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SÉRGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
Endereço: RUA LUGRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a:7m:15d Sexo Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
Requisição: 710031 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
Controle: 885371 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 05/01/2017

T.C. DE QUADRIL

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais dos quadris de 10 mm de espessura com intervalo de 10 mm.

RELATÓRIO:

- FRATURA COMINUTIVA DAS PAREDES POSTERIOR E INFERIOR DO ACETÁBULO ESQUERDO.
- ARTICULAÇÕES COXO-FEMURAIS E SACRO-ÍLIACAS COM SUPERFÍCIE E ESPAÇO ARTICULAR PRESERVADOS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU OSTEONECROSE.

(JORGEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável


Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70691
SAMEHUT
Confere com Original

06 JUN 2017



DiagMed
Teresina

Paciente : PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Médico :
Convênio : PLANO ECONOMICO

Registro : 005449
Idade : 32A e 7M
Data : 15/02/2017

RX DIGITAL DO OMBRO ESQUERDO (2 INC)

RELATÓRIO

- Fratura completa, transversa, alinhada, em consolidação, localizada no colo cirúrgico do úmero.
- Interlinhas e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Haste e parafuso metálico para fixação interna no úmero proximal.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgico.
2. Fratura completa, transversa, alinhada, em consolidação, localizada no colo cirúrgico do úmero.

06 JUN 2017

Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-PI 2835 Radiologista- Membro titular CBR e SPR



DiagMed

Paciente : PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Médico :
Convênio : PLANO ECONOMICO

Registro : 005722
Idade : 32A e 7M
Data : 15/02/2017
Teresina

RX DIGITAL DO COTOVELO ESQUERDO (2 INC)

RELATÓRIO

- Fratura completa, em consolidação, alinhada, localizada na topografia do olécrano.
- Interlinhas e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Pinos e fios metálicos para fixação interna no olecrano.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgicos.
2. Fratura completa, em consolidação, alinhada, localizada na topografia do olécrano.

06 JUN 2017

Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-PI 2835 Radiologista- Membro titular CBR e SPR

201
941
Y
Y

AL

Cir III

33

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SUS

Paulo Sergio Ferreira Gomes

D. Wilson Rodrigues

PRONTUÁRIO MÉDICO

247811

HOSPITAL GETULIO VARGAS
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME TC DE QUADRIL

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
PACIENTE ADMITIDO NA CLÍNICA ORTOPÉDICA

Enf. Maria da Assis Silva
Matricula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO

	Sim	Não
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

M. C. M. L. B. Vilarinho
COORDENADORA FINANCEIRA / NGV
DIRT 07/94 / CPF: 150.329.903-10

06 JUN 2017



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

FHT

Fundação Hospitalar
de Teresina



ORTOP - 2381261

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL:

HGV

ORTOPEDIA

CONTATO FEITO COM:

CONFIRMADO A VAGA:

SIM (X) NÃO ()

2017 0109 14452

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

Paulo Sérgio Ferreira

IDADE:

32

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

RESPONSÁVEL:

CN - 22106184

SUS - 701.800.212.505.179

REC/SERVIÇO SOCIAL

Autorizo abertura de prontuário

Teresina, 13, 01, 17

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

C 110 5324

BEG

S32.4

04 08 04 02 89

EXAMES REALIZADOS:

Rx, hemograma

DIAGNÓSTICO:

Fruq. acetabulig

Autorizo Transferência
Para: HGV

Data

13/01/17

TRATAMENTO REALIZADO:

Imobilizado

Assinatura Social - HUT
Assinatura Social - 22ª Região
06 JUN 2017

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acetabulig

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA/ HGV
CRN: 0794 / CFE: 150.329.903-10

DATA:

09, 01, 17

Ass. e carimbo do médico

MOD-04 - HUT

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL

Em 14

Edna Maria de Almeida Silva

Matrícula: 001165-9

CRM: 150.329.903-10

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

Atendimento:

247811

Prontuário: 201941 **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES**

Endereço: LUCRECIO DANTAS AVELINO

720 AGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

UF:PI CEP: 64007-500

Sexo: M DT. Nasc: 22/06/1984 Idade: 32 Anos 6 Meses 22 Dias Estado Civil: C Profissão: OUTROS

Cadastro: 13/01/2017 Telefone: 86 3214.2170 Cartão SUS: 701800212505179 CPF: 00743583328

Pai: JOAO FERREIRA GOMES

Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

Cônjuge:

Responsável: MARLENE ARAUJO DOS SANTOS

Endereço: LUCRECIO AVELINO

720 AGUA MINERAL

Cidade: 2975

UF:PI CEP: 64007-500

funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Dr. Cassia M. L. B. Viana
DIRETORIA ADM. FINANCEIRA / HGV
CRM: 0794 / CPF: 150.329.903-10

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

06 JUN 2017

Data / Hora:

Ass: Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/06/2017
Edna Maria Almeida Silva
Matrícula: 000065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Grupo Emissor: M221100001

AIH : 221710002642-1

UNI : HGV

PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

NASCIMENTO

22/06/1984

R. LÍMITE: 01/07/2017

DI. CAIXA: 01/07/2017

PROCED.: 0408040289 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL

OP. SIST.: LUXAÇÃO

CID : S324

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

Atendimento

247811

Identificação do Paciente

5 - Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

6 - Prontuário: 201941

7 - CNS: 701800212505178

8 - Nascimento: 22/06/1984 02:00: 9 - Sexo: M CPF: 007.435.833-29

11 - Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

12 - Fone: 86-3.2142170 / 89442199

13 - Resp: MARLENE ARAUJO DOS SANTOS

14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: LUCRECIO DANTAS AVELINO 720 AGUA MINERAL 19 - CEP: 64007-500

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 21894-56

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente com fratura de acetábulo
derivada necessitada de internação

21 - Condições que justificam a internação:

Anamnese + exame físico

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

Radiografia

Dr. Cassia M. V. B. Viana
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / HGV
CRM: 0794 / CFE: 150.329.983-70

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cód. Princ.: S324

25 - Cód. Sec.: _____

26 - Cód. C. Ass.: _____

FRATURA DO ACETABULO

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408040289 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL

29 - Clínica:

30 - Caracter:

Ident:

31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.

CL. GINECOLOGICA

02

1

CPF

18400817320

33 - Nome Profissional / Assistente

JOSE WILSON RODRIGUES

34 - Data de Solicitação:

13/01/2017

Dr. Neomar Soares do Vale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 04231 / CRM-MA 8603
TEO: 134742

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

06 JUN 2017

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

Dr. Tony de Castro Leite
Médico de Audiência - ORÇAN/MG
CRM: 04231 / CRM-MA 8603
TEO: 134742

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: JOSINA LOPES

Conselha Local:

Conselha SUS:

Impressão: 17:40:55

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em,

Edna I

Silva



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AII)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL GETULIO VARGAS	2726971	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	247811
HOSPITAL GETULIO VARGAS	2726971	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	PAULO SERGIO FERREIRA GOMES	6 - Prontuário:	201941
7 - CNS:	701800212505179	8 - Nascimento:	22/06/1984 02:00
9 - Sexo:	M	CPF:	007.435.833-29
11 - Mãe:	MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES	12 - Fone:	86-3.2142170 / 99442199
13 - Resp:	MARLENE ARAUJO DOS SANTOS	14 - Cor:	PARDA
15 - Endar:	LUCRECIO DANTAS AVELINO 720	AGUA MINERAL 19 - CEP:	64007-500
16 - Munic:	TERESINA	17 - Cod. IBGE:	221100
		18 - UF:	PI
		RG:	21604-56

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA-ADM. FINANCEIRA / RGV
CRN: 07947 CPF: 150.329.003-10

21 - Condições que justificam a Internação:

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

23 - Diagnóstico Inicial:	24 - Cid Princ.:	S324	25 - Cid Sec.:	26 - Cid C.Ass.:
FRATURA DO ACETABULO				

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0408040289	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL O/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	8
29 - Clínica:	30 - Carater.:	Ident.:
CL. GINECOLOGICA	02	1
31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic. .	CPF
	18400817320	
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:	35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante
JOSE WILSON RODRIGUES	13/01/2017	

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

Autorização

48 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.	50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.	Usuário: JOSIMA LOPES Consulta Local: Consulta SUS: Impressão: 17:40:55
MARLENE ARAUJO DOS SANTOS GOMES	

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 14/01/2017
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 075.088.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em 14/06/17
 Edna Ivair Andrade Silva
 Matrícula: 019055-9
 CPF: 275.080.303-97
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	ml	03	AGULHA DE RAQUE N°	unid	
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	ml		AGULHA PERIDURAL N°	unid	
SORO GLUCOSADO 50%	ml		AGULHA 25X7	unid	01
RINGER LACTATO	ml		AGULHA 30X7	unid	
ÁGUA DESTILADA	ml		AGULHA 40X12	unid	02
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10ml	amp		AGULHA DE INSULINA	unid	
MANITOL 3% 2000ml	frasco		SCALP N°	unid	
FORMOL	ml		JELCO N°	unid	
ÁGUA OXIGENADA	ml		SERINGA DE 50 ml	unid	
ALCOOL 70%	ml		SERINGA DE 20 ml	unid	
PVP I DEGERMANTE	ml	40	SERINGA DE 10 ml	unid	
PVP IÓPICO	ml		SERINGA DE 5 ml	unid	
CLOREXIDINA	ml		SERINGA DE 3 ml	unid	
BSS 500 ml	frasco		SERINGA DE 1 ml	unid	
VOLUVEN 6% 500ml	frasco				
			DRENOS		
			DRENO DE PENROSE N°	unid	
			DRENO DE SUÇÃO N°	unid	
			DRENO DE TORAX N°	unid	
			DRENO DE KHER	unid	
			OUTROS MATERIAIS		
CON N°	unid		LAMINA DE BISTURI N° 24	unid	
NEILON N°	unid		LAMINA DE BISTURI N°	unid	
CATGUT SIMILES N°	unid		GAZES	pacote	403
CATGUT CROMADO N°	unid		ESPARADRAPO	cm	
CATGUT CROMADO N°	unid		MICROPORÉ	cm	
ALGODÃO COM AGULHA N°	unid		COMPRESSAS	unid	
ALGODÃO SEM AGULHA N°	unid		ALGODÃO	bola	02
VYCRIL N°	unid		EQUIPO MACROBOTAS	unid	
VYCRIL N°	unid		EQUIPO	unid	
PROLENE N°	unid		EQUIPO PARA SANGUE	unid	
PROLENE N°	unid		TORNEIRINHA	unid	
MONOCRYL N°	unid		POLIFIX	unid	
PCS N°	unid		TRANSOFIX	unid	
	unid		IRRIGOPLAS Vias	unid	
	unid		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid	
	unid		CATETER DUPLO JOIA	unid	
	unid		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid	
PROVAS			TUBO OROTRAQUEAL N°	unid	
PROCEDIMENTO	par	10	FILTRO BACTERIOLÓGICO P/ TOT	unid	
ESTÉRIL N°	par		CAPA PARA VIDEO	unid	
ESTÉRIL N°	par		CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid	
ESTÉRIL N°	par		LENTE INTRAOCULAR N°	unid	01
	par				
	par				
BONDAGEM					
SONDA URETRAL N°	unid				
SONDA DE FOLEY 2 Vias N°	unid				
SONDA DE FOLEY 3 Vias N°	unid				
SONDA NASOGÁSTRICA N°	unid				
SONDA NASOENTERAL N°	unid				
COLETOR DE URINA FECHADO	unid				
COLETOR DE URINA ABERTO	unid				
XYLOCAÍNA GÉLEIA 2%	tubo				
SONDA RETAL N°	unid				
VASELINA	tubo				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Dr. Carlos M. S. ...
 Instrumentadora COREN

Elisângela
 Circulante - COREN

Hora: _____

06 JUN 2017

LEIJO: 330-6 PRONTUARIO

DATA DE NASCIMENTO 27/06/84

NAME: Roulo Sergio Pereira Gomes

Fract. de Acet. Ind. ⑦

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRÚRGICA:

225

វិទ្យាសាស្ត្រ

019840

AUXILIARES: 10

INSTRUMENT ADORA

CIRCULANTE: *Edmundo*

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

Alcarrante our dalla as
 Jodas @ Philissos, Jodas + Colocatus
 de Campos on @ Jodas + Jodas
 so por para @ Alcarrante no de
 Stevan @ Jodas

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATORIAS:

DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO:

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NAO QUAL?

DATA: 30/01/17 HORA: _____

£	1	0	8
---	---	---	---

FORM:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

34

Edna Maria Andrade Silva

Matricule: 01905-9

CPF: 275.020.303-97

COPIA DE PRODUÇÃO



DATA	18.01.17	SALA	08
PROFESSOR	201941		

PACIENTE		Paulo Sérgio Ferreira Gomes		DATA DE NASC.		22/06/84		IDADE		PESO		SEXO	
PROCEDIMENTO		Petróleo de motor		ESTADO FÍSICO ASS.									
TENSÃO ARTERIAL		FC		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA		OUTROS	
REMOÇÃO DE SANGUE		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		UREIA		CREATININA					

OXIGÊNIO
SEVOMFLUORIND

CODIGOS
K - MASSA E T.M. INVENTARIAL V - P.A. DEBILIDA
● - PRESS. CARDIACA A - P.A. DASTROICA G - TEMP.

SÍMBOLOS
EXUREGE

SEQUÊNCIA

- 1) Midazolam
- 2) quetamina do my local
- 3) lido 1,0% local

g 3/04

150

100%

100%

PP PC

INICIO 1500 FIM 1615

Topical Anesthesia

Observations

☐ ECG ☐ PVC ☐ Oxigênio ☐ _____
☐ FIM ☐ PANI ☐ Capnógrafo ☐ _____

GASES	ℓ/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Remifentanyl	Fras
Adrenalina	Amp	Domorid	Amp	Nitride	Amp	Renitidina	Amp
Agua dest. 10ml	Amp	Efortil	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cipro 500mg	Fras	Efedrina	Amp	Isocaina 0.8% Kosalit	Amp	Sufentanyl	Amp
Cefazolina 1g	Amp	Fentanyl (p/uso)	Amp	Neocaina 0.5% biphas	Amp	S. Fisiológ. 0.9%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanyl (injec)	Fras	Omeprazol	Fras	S. Glucosado 5%	Fras
Cotilde ()	Fras	Sevoflurano	AR	Pancurônio 1%	Amp	Tetracium	Amp
Dexametasona	Amp	Hidrocortisona	Fras	Profenid	Amp	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isotufurano	MI	Propofol	Fras	Novabupri 0.5 v	Fras
Dimorf	Amp	Manitol	Fras	Protamina	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirone	Amp	Metronidazol	Fras	Quelicin	Fras		
Dotutamina	Amp	Narcan	Fras	Quetamina	Fras		

Anesthesiology 2014; 121: 1037-1041

Dr. Cássia M^a L. B. Vilarimbo
DIRETORA ADM. FINANCEIRA/ RGV
CRM: 07241 / CPF: 153.329.903-10

122-1011. DETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em, 14/08/17
 Edna Maria Andrade Silva
 Matrícula: 019065-9
 CPF: 125.680.303-97
 122-1011. DETULIO VARGAS

MOD. 90 - 14GIV

ETIO DE RECUPERAÇÃO:

ETIO DE RECUPERAÇÃO:

ETIO DE RECUPERAÇÃO:

ETIO DE RECUPERAÇÃO:

ETIO DE RECUPERAÇÃO:

DR. CAROL M. J. B. VLAARDING
DIRECTORIAAL BUREAU
CONTOING 1941-1942

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 14/07/17
Edna Maria de Araujo Silva
Matrícula: 039065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

330-06
FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Paulo Sérgio Ferreira Gomes SEXO ☐ M ☐ F Idade: 49 Data Nasc. 1/1/1968
Cirurgia Proposta: fixação do cotovelo / acromioclavicular
Cirurgião: Dr. Cassio M. L. B. Vilarinho

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO: Asa 1

SISTEMA CARDIOVASCULAR	☐ HAS	☐ Palpitação	☐ Edema MMII	☐ Dor precordial	☐ Marcapasso	☐ Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	☐ Dispneia	☐ Tosse	☐ Asma	☐ Cianose	☐ Hemoptise	☐ Apnéia
SISTEMA DIGESTIVO	☐ Dor epigástrica	☐ Gastrite	☐ Refluxo	☐ Hepatite	☐ Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	☐ Disúria	☐ Poliúria	☐ Dor lombar	☐ DUM (mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	☐ Diabetes	☐ Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLOGICO	☐ Anemia	☐ Sangramentos	☐ Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	☐ Alergias	☐ Herpes	☐ Transfusão sanguínea			
SISTEMA LOCOMOTOR	☐ Fraq. muscular	☐ Dor articular	☐ Patol. coluna	☐ Déficit locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	☐ Convulsão	☐ Desmaio	☐ Cefaléia	☐ Parestasias		

OBS: _____

Medicamentos em Uso: Reflexin 675mg, clonazepam 1mg

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestésias anteriores: cir. oftalmológica (2011) / ortopedica (2016)
Intercorrências: _____
Hemotransfusão: _____

Antecedentes Familiares:

☐ Tabagismo ☐ Etílico ☐ Uso de Tóxicos ☐ Alergias: não

EXAME FÍSICO

Estado Físico: BGG EG: BGG Peso: _____ Altura: 1,30 PA: 130/70 FC: 89
Avaliação via aérea: Mallampati Mobilidade pescoço: _____ Dentes: _____ Limitação ATM: ☐
Distância esterno/mento: ☐ < 12,5cm ☐ > 12,5cm Coluna Vertebral: _____
SCV: _____
SR: _____
Outros: _____

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS: 14/01/17

HT: _____ (%) 38,2 HB (g%): 13,1 Plaquetas (mm3): 349000 TTPa: _____ TP: _____ INR: _____
ionograma (k): 8260 Na: _____ Ca: _____ K: _____ Outros: _____
Glicemia: _____ Uréia: _____ Creatinina: 1,1 coagulo 14 JUN 2017
RX do Tórax: _____
ECG: _____

Risco Cirúrgico:

Parecer Cardiológico:

Outros Exames:

Dr. Cassio M. L. B. Vilarinho
DIRETOR/ADM. FINANCEIRA HGV
CRM: 00937/CPF: 150.329.903-10

CONDUTA:

Liberado: ☒ SIM ☐ NÃO

Observação: _____

ORIENTAÇÃO:

Jejum: 8h

Medicação:

Cuidados:

Anestesia Proposta: Suspender clonazepam 12h antes de cirurgia
Descompressão de pleuro / qrel - avaliação no co

Data consulta: 17/07/17

Hora: _____

Assinatura Médico / CRM / Carimbo: Dr. Cassio M. L. B. Vilarinho



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente

Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Prontuário: 201941

Nascimento: 22/06/1984

Estado Civil: Casado

Cartão SUS: 701800212505179

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal

Nome: MARLENE ARAUJO DOS SANTOS

Estado Civil: Casado

CPF: 66309697315

Parentesco: ESPOSO (A)

Eu,

(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Uso analgésico
2. Nervos
3. Uso de
4. Algo
5. Uso

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 13/01/2017

Dr. Themistocles Ramos
CRM-2798-TEOT-8374
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA/ HGV
CRM: 0794 / CPF: 150.329.903-10

06 JUN 2017

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040

CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/06/17
Edna Maria de Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ANESTESIA

330-06

DADOS DO PACIENTE

Nome: Paulo Sérgio F. Gomes
Prontuário: _____ Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Cartão do SUS: _____

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Estado Civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residente em: _____

Eu, _____
responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença _____
deverá ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento que será submetido, tais como:

1. hipertensão / arritmia
2. respiração
3. parada cardíaca respiratória
4. obito

Dr. Cassia M^a L. B. Vilarinho
DIRETORA DA FINANCEIRA / RGV
CRM: 0194 / CRM 150.323.903-10

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilidade está em conformidade com a Lei 8.078/90 pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 46 e 60.

Teresina (PI), 17 de 01 de 2017

Paulo Sérgio Ferreira Gomes
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Barafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64031-020 - Teresina - PI - Tel. 08-3221-3040

Letícia Mendes C. Lúcio
Assessoria Jurídica
CRM-PI 3819

06 JUN 2017

COPIA DE PRONTUÁRIO ORIGINAL
14
Edna Rosa Almeida Silva
Matrícula: 032065-9
CPF: 275.985.503-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRÚRGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Paulo Sérgio Ferreira Costa DN: 22/06/84

CLÍNICA: Pijungia III DATA: 18/01/17 HORÁRIO: 11:40

NR	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira - nome completo e data do nascimento)	☒
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	☒
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	☒
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	☒
	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	☒
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	☒
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	☒
8	Orientar a retirada de roupa íntima	☒
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	☒
10	Conferir o jejum	☒
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	☒
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	☒
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	☒
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	☒
15	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	☒
OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHEGADO (✓) CADA ITEM		

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E
CARIMBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86 - 3221-3040

06 JUN 2017

Dr. Cassia M. L. R. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA/EGV
CRN: 0794 / CPF: 150.329.903-10

EC

CÓPIA

SINAL

Silva

06-9

0-97

e) CABEÇA

Couro Cabeludo: ☒ Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações: _____
 Face: ☒ Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas
 Nariz: ☒ Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () Epistaxe
 Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Reativa () Areativas () Mióticas () Midríáticas
 () Puniformes () Médias
 Olhos: ☒ Normal () Hemorragia () Ictericia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
 () Processo inflamatório/infeccioso
 Ouidos: ☒ Normal () Otorragia () Lesão Outros: _____
 Boca: ☒ Sem anormalidades () Cáries () Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: ☒ Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico
 () Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM
 () Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi
 Ausculta: Murmúrio vesicular () Presente () Diminuído () Ausente
 Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse
 Tipo: _____
 Alterações: _____

ACIONAR O FISIOTERapeuta
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: ☒ Normal () Diminuída () Cianose Outros: _____
 Ausculta cardíaca: ☒ Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: ☒ Regular () Irregular
 Acesso Venoso: ☒ Sim () Não Qual: AVP em MSD malnizado
 Faz uso de marcapasso: () Sim ☒ Não Há quanto tempo: _____

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen: ☒ Flácido () Tenso () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido
 () Timpânico () Doloroso
 Ruidos Hidroaéreos: ☒ Ausente () Presente, tipo: () Hiperativos () Hipoativos
 Estomias: () Não () Sim Qual: _____
 Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: ☒ Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia
 Aceitação da dieta: ☒ Sim () Não () Parcialmente
 Eliminações Intestinal: ☒ Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: () Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador
 Utiliza prótese/órtese? ☒ Não () Sim Tipo: _____
 Sensibilidade: ☒ Não () Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade? _____
 Déficit motor: () Não ☒ Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito
 () Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia
 Tonicidade: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo
 Imobilização: () Não ☒ Sim Lateralidade? M.E
 Movimenta os quatro membros: ☒ Sim () Não Risco de queda: () Sim ☒ Não

ACIONAR O FISIOTERapeuta
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR PARESIA
E/OU HEMIPARESIA

j) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: ☒ Integra () Desnutrida () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Ictericia () Edema
 () Lesionada Local: _____ Escala de Braden: Risco moderado Risco de pele:
 lesão por pressão: () Sim ☒ Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável () 47

k) APARELHO GENITOURINÁRIO

Urinar: ☒ Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fralda
 Dispositivo Urinar: ☒ Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia
 Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Poliúria () Anúria () Hematúria

l) PADRÃO DE SONO: () Bom ☒ Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmanantes: () Não () Sim

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
 DIRETOR ADM. FINANCEIRA/EGV
 CRM: 0704 / CFP: 158.329.903-10

HOSPITAL GETULIO VARGA
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em 04/06/2017
 Edna Maria de Silva
 Matrícula: 42365-9
 CPF: 275.080.303-97
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

06 JUN 2017



IDENTIFICACAO

Nome: Flávio Sérgio Ribeiro Cidade de origem: Paraná
Data de Nascimento: 02/06/89

[illegible]

Religação: Religação
Profissão: Religação

Escalade: () Analabato (X) Ensino fundamental () Ensino médio () Superior

Qual

Presença de...	NAO	☒ SIM - tipo...	VISUAL	ALCOOLICO	☒ MOTOR	Outros:
----------------	-----	---	--------	-----------	---	---------

Qual Transtorno mental? ☒ Não ☐ Sim

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)	
--	--

☒ Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes mellitus () Cardiopatias () Câncer

Alergia ()	Sim ☒ Não ☐ Qual:
Uso de drogas ilícitas	Qual:
Outra	Qual:

Faz uso de medicamentos?	☒ Não () Sim
--------------------------	---

[illegible]

Resultados de exames (Vindo com o paciente):	() Não	(X) Sim	Quais:	RX
--	---------	---------	--------	----

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL

(m) Peso: 88 (kg) IMC: 27.9
Dr. Cassio M. L. A. Vilarinho

Edna Maria Andrade Silva

☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Comatoso ☐ Sonolento ☐ Sedado ☐ Intubado ☐ Ventilado ☐

ESCALA DE COMA GLASGOW

ASPECTO EMOCIONAL: (X) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico	
---	--

Agressivo () Inisib () Outra alteração	Qual:
--	-------

(I) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS

Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não ☒ Sim, Peso perdido: _____ (kg)

1. Não se aplica (5.000 kg/m²)

75-100	100-150	150-200	200-250	250-300	300-350	350-400	400-450	450-500	500-550	550-600	600-650	650-700	700-750	750-800	800-850	850-900	900-950	950-1000	1000-1050	1050-1100	1100-1150	1150-1200	1200-1250	1250-1300	1300-1350	1350-1400	1400-1450	1450-1500	1500-1550	1550-1600	1600-1650	1650-1700	1700-1750	1750-1800	1800-1850	1850-1900	1900-1950	1950-2000	2000-2050	2050-2100	2100-2150	2150-2200	2200-2250	2250-2300	2300-2350	2350-2400	2400-2450	2450-2500	2500-2550	2550-2600	2600-2650	2650-2700	2700-2750	2750-2800	2800-2850	2850-2900	2900-2950	2950-3000	3000-3050	3050-3100	3100-3150	3150-3200	3200-3250	3250-3300	3300-3350	3350-3400	3400-3450	3450-3500	3500-3550	3550-3600	3600-3650	3650-3700	3700-3750	3750-3800	3800-3850	3850-3900	3900-3950	3950-4000	4000-4050	4050-4100	4100-4150	4150-4200	4200-4250	4250-4300	4300-4350	4350-4400	4400-4450	4450-4500	4500-4550	4550-4600	4600-4650	4650-4700	4700-4750	4750-4800	4800-4850	4850-4900	4900-4950	4950-5000	5000-5050	5050-5100	5100-5150	5150-5200	5200-5250	5250-5300	5300-5350	5350-5400	5400-5450	5450-5500	5500-5550	5550-5600	5600-5650	5650-5700	5700-5750	5750-5800	5800-5850	5850-5900	5900-5950	5950-6000	6000-6050	6050-6100	6100-6150	6150-6200	6200-6250	6250-6300	6300-6350	6350-6400	6400-6450	6450-6500	6500-6550	6550-6600	6600-6650	6650-6700	6700-6750	6750-6800	6800-6850	6850-6900	6900-6950	6950-7000	7000-7050	7050-7100	7100-7150	7150-7200	7200-7250	7250-7300	7300-7350	7350-7400	7400-7450	7450-7500	7500-7550	7550-7600	7600-7650	7650-7700	7700-7750	7750-7800	7800-7850	7850-7900	7900-7950	7950-8000	8000-8050	8050-8100	8100-8150	8150-8200	8200-8250	8250-8300	8300-8350	8350-8400	8400-8450	8450-8500	8500-8550	8550-8600	8600-8650	8650-8700	8700-8750	8750-8800	8800-8850	8850-8900	8900-8950	8950-9000	9000-9050	9050-9100	9100-9150	9150-9200	9200-9250	9250-9300	9300-9350	9350-9400	9400-9450	9450-9500	9500-9550	9550-9600	9600-9650	9650-9700	9700-9750	9750-9800	9800-9850	9850-9900	9900-9950	9950-10000
--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

330-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
AValiação DO RISCO DE QUEDAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME: <u>Paulo Sérgio Ferreira</u>				
DATA DE NASCIMENTO: <u>22/06/84</u>			IDADE: <u>32</u>	
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>23/04/17</u>				
2. FATORES PREDISPOANTES (Marque com um "X")		AValiação	AValiação	AValiação
		DATA	DATA	DATA
Criança ≤ 5 anos		☐		
Idosos ≥ 65 anos, sem acompanhante		☐		
Uso de medicações que altera o SNC (exemplos: midazolam, bromazepam, diazepam, fenobarbital, morfina, nalbupina, carbamazepina, dexclorfeniramina, fenitoína, clorpromazina, isoflurano, halotano, tiopental, propofol). Outros:		☐		
Uso de diuréticos/laxantes (urgência urinária/intestinal)		☐		
Distúrbios neurológicos		☐		
Dificuldades de marcha		☐		
Déficit sensitivo (visão, audição, tato)		☐		
Alteração do nível de consciência		☐		
Indicação de repouso no leito		☐		
3. GRAU DO RISCO DE QUEDAS (Marque com um "X")		AValiação	AValiação	AValiação
		DATA	DATA	DATA
Alto risco (vide verso)		☐		
Baixo risco (vide verso)		☒		
4. MEDIDAS PREVENTIVAS				
Não deixar o ambiente totalmente escuro*		☒		
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes*		☐		
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura*		☐		
Orientar para que toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem.		☐		
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta		☐		
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período		☐		
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito		☒		
Orientar necessidade de acompanhante		☐		
Manter ao alcance do pacientes pertences e objetos mais utilizados		☐		
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante		☐		
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições		☐		
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro		☒		
Declaro que recebi o folder de orientação para prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e que estou ciente do risco de queda avaliado, bem como entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.				
AValiação	PACIENTE/ACOMPANHANTE (Assinatura)	ENFERMEIRO (Assinatura)		
1ª	<u>Paulo Sérgio Ferreira</u>	<u>[Assinatura]</u>		
2ª				
3ª				
4ª				

Dr. Cassia M. B. Vilarinho
DIRETORA ADJ. DE ENFERMAGEM
CRM 07941/CE 50.329.908-10

06 JUN 2017

* Medidas preventivas adotadas para pacientes com Baixo Risco de Quedas
** As Avaliações posteriores deverão ser realizadas a cada 72 horas ou quando ocorrer qualquer intercorrência que ponha em risco a segurança do paciente.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14 de 06 de 2017
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019055-9
CPF: 775.020.302-07
TÍTULA DE PROFISSIONAL

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Edna Maria Andrade Silva
 Matrícula: 019055-9
 CPF: 275.080.303-97
 Cópia de Prontuário

Dr. Cassia M. L. Vilarinho
 DIRETORA ADJ. FISIOTERAPIA / RCV
 CRM 0794 / CM 150.829.903-10

*ATENÇÃO: Ver Item 2.

GRAU DO RISCO DE QUEDAS		
✓ Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores predisponentes. ✓ Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente.	BAIXO	✓ Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente. ✓ Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente. ✓ Ainda com auxílio ou se locomove em cadeiras de rodas. ✓ Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores predisponentes.
		ALTO

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Avaliação: 06 a 11 pontos = Risco Alto 12 a 17 pontos = Risco Moderado 18 a 20 pontos = Risco Baixo

1-12. ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta motora	Obedece comandos	6
	Dor localizada	5
	Retirada da flexão	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
		15
PONTUAÇÃO: < 3 (probabilidade de morte) 3 a 8 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)		

4

5

6

15

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
 DIRETORA ADM. FINANCEIRA/ RGV
 CRN: 0791 / CPF: 150.329.903-10

06 JUN 2017

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em, 14/06/2017
 Edna Maria Andrade Silva
 Matrícula: 010065-9
 CPF: 275.080.303-07
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE CONTROLE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

AValiação e intervenções diárias para prevenção e acompanhamento de lesões por pressão – LPP

1. IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: Paulo Sérgio Unidade Assistencial: Cor III Leito: 330-6 DN: 22/06/84
 Data de Admissão: 13/01/17
 Data de Admissão na Unidade: 13/01/17 Procedência: LUT

2. AVALIAÇÃO

- 2.1.1 Admitido neste serviço com LPP: () SIM ☒ NÃO
 2.1.2 Localização Anatômica: _____
 2.1.3 Estágio: () I () II () III () IV
 2.1.4 Data: ____/____/____
- 2.2 Riscos de nova (s) UPP (s): BASEADO NA ESCALA DE BRADEN () SIM ☒ NÃO
- 2.3 Surgimento de UPP neste serviço: () SIM ☒ NÃO
 2.3.1 Localização Anatômica: _____
 2.3.2 Estágio: () I () II () III () IV
 2.3.3 Data: ____/____/____
- 2.4 Condições Nutricionais: ☒ Satisfatória () Não Satisfatória
- 2.5 Incontinência: () Urinária () Fecal ☒ Ausente
- 2.6 Avaliação da Dor: ☒ SIM () NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cadeira	Ainda Ocasionalmente	Ainda Frequentemente	
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		

TOTAL:

3.1 AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN (INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM):

- ☒ **RISCO BAIXO (15-18 PONTOS)** Stefato
 Cronograma de mudança de decúbito;
 Otimização da mobilização; Proteção do calcanhar;
 Manejo da umidade, fricção e cisalhamento; uso de superfícies de redistribuição de pressão.
- ☒ **RISCO MODERADO (13-14 PONTOS)** 17 pontos
 Continuar as intervenções do Risco Baixo;
 Mudança de decúbito com leito a 30°.
- () **RISCO ALTO (10-12 PONTOS)**
 Continuar intervenções do Risco Moderado;
 Mudança de decúbito frequente.

8-6 JUN 2017
 Dr. Cassia M. A. B. Vilela
 DIRETORA DE ENFERMAGEM
 CRN: 0764 / EPR: 150.329.903-10

4. INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DAS LPPs

- 4.1 Avaliação diária das LPPs existentes: ☒ SIM () NÃO
- 4.2 Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LPPs: ☒ SIM
- 4.3 Inspeção diária da pele: ☒ SIM () NÃO
- 4.4 Avaliação da umidade da lesão: ☒ SIM () NÃO
- 4.5 Utilização de cobertura especial: () SIM ☒ NÃO Qual? _____

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
 Em: 14/06/17
 Edna Maria Andrade de Silva
 Matrícula: 010065-9
 CPF: 150.329.903-10
 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

OSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 17/07/12
Edna Maria Almeida Silva
Matrícula: 019065-9
275.080.303-97

DR. Cassia M. L. B. VILALBINO
DIRETORIA ADM. FINANCEIRA / MOV
CRM: 0784 / CPF: 150.329.903-10

[illegible][illegible]

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Thammy (Common: 191.738)

movimentos de duração de 2 em 2 horas, com 10 e 15 seg

5. CONDUCTAS TERAPÉUTICAS:

4.7.1	() COLCHÕES DE AR	() COXINS	() ALMOFADAS
-------	--------------------	------------	---------------

4.7 Utilização de superfícies de apoio:

OAN () : ~~WIS~~ : 7/7 2017

HGV
Hochschulgesellschaft
Völklingen

Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

247811

UF:PI CEP: 64007-500

Cadastro: 13/01/2017 **Telefone:** 86 -3214.2170 **Cartão SUS:** 701800212505179 **CPF:** 00743583329

Assinatura

13 10/11/13

X Marilene Araújo S. Gomes

14 10/17

Marilena Araujo S. Gomes

WS 10/117

X Mari Lene Araújo Sa. Gomes

Age Group	Percentage of Respondents
18-29	85%
30-49	80%
50-69	75%
70+	70%

[illegible][illegible]

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

1	2	3
4	5	6

1

1	2	3
4	5	6

1	2	3
4	5	6

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

DR. LUIZ ALVES
DIRETORA ADMINISTRATIVA/SGV
CRM: 37.74 / CPF: 150.329.908-10

11 6 JUN 2017

Date: / /

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: / /

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 14/09/2012
Edna Maria Andrade Silva

Matricula: 019065-9

CPF: 275.030.303-97

CONFIDENTIAL



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 85 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Negro

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Prontuário: 201941

Atendimento: 247811

Dt. Nasc.: 22/06/1984

Idade: 32a 6m 27d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: 37764

Data Pedido: 16/01/2017

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Setor Solicitante: CL. GINECOLÓGICA

Unid. Internação / Leito: OCUPAÇÃO TEMPORARIA / OCUPA TE

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.06.03.003-7

Data do Laudo: 17/01/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA QUADRIIS

QUADRIL ESQUERDO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais dos quadris de 10mm de espessura com intervalo de 10mm.

RELATÓRIO:

- Fratura cominutiva na borda pósterio-inferior do acetabulo esquerdo, com fragmentos ósseos junto ao contorno pósterio-inferior da cabeça femoral adjacente.

- Derrame articular no quadril esquerdo.

- Espaços articulares preservados.

- Estruturas musculares com densidade preservada.

Drª. Cássia M. L. R. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / HGV
CRM: 0794 / CPF: 150.329.003-10

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

3090

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em: 14/01/2017
Edno Maria de Silva

Matrícula: 150.329.003-10

CPF: 175.011.119-97

Assinatura: [Assinatura]

06 JUN 2017



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **PAULO SÉRGIO FERREIRA GOMES**

Prontuário: **201941**

Atendimento: **247811**

Dt. Nasc.: **22/06/1984**

Idade: **32a 6m 29d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **38055**

Data Pedido: **18/01/2017**

Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**

Setor Solicitante: **CL. NEFROLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **OCUPAÇÃO TEMPORÁRIA / OCUPA TE**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.06.009-5**

Data do Laudo: **19/01/2017**

RADIOGRAFIA DE BACIA

RELATÓRIO: O estudo radiológico da bacia realizado nas incidências em AP demonstra:

- Avulsão de fragmento ósseo no acetábulo esquerdo.

Dr. Cassia L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / HGV
CRM: 07941-CEP: 150.329.903-10

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 14/02/2017
Liliana Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 075.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

06 JUN 2017



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Negro

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Prontuário: 201941

Atendimento: 247811

Dt. Nasc.: 22/06/1984

Idade: 32a 6m 29d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: 38055

Data Pedido: 18/01/2017

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Setor Solicitante: CL. NEFROLOGIA

Unid. Internação / Leito: OCUPAÇÃO TEMPORARIA / OCUPA TE

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.04.011-6

Data do Laudo: 19/01/2017

RX OMBRO ESQUERDO

RELATÓRIO: O estudo radiológico do ombro esquerdo realizado nas incidências AP e rotação interna e externa demonstra:

- Fraturas recentes no terço lateral da clavícula e no umero proximal com presença de placa e parafusos no umero.
- Edema de partes moles.

Dr. Cássia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / RGV
CRM: 0794 / CEE: 150.329.503-10

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/01/2017
Edna Maria de Silva
Médica: 013065-9
CPF: 15.080.303-97
- 4.ª DE PRONTUÁRIO -

06 JUN 2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES**

Prontuário: **201941**

Atendimento: **247811**

Dt. Nasc.: **22/06/1984**

Idade: **32a 6m 29d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **38055**

Data Pedido: **18/01/2017**

Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**

Setor Solicitante: **CL. NEFROLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **OCUPAÇÃO TEMPORARIA / OCUPA TE**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.04.007-8**

Data do Laudo: **19/01/2017**

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

- Fratura recente no olecrânio fixada com fios metálicos.
- Edema de partes moles.

Dr. Carlos Augusto Moura Fe
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / HGV
CRM: 0794 / CPF: 150.329.903-19

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/01/2017
Edna Maria de Silva
Assistente Social
CRM: 10055-9
CPF: 150.329.903-19

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

06 JUN 2017

HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Id,Sx : 32a , M
Pedido: 3292118
Médico: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA
Emissão: 06/01/2017 às 21:53

Fl. 1726
Registro: 11134025
Clinica: P01
Origem: HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 05/01/2017 às 23:01

Colocado em 09/01/2017 às 22h:33min

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITÓGRAMA

Hemácias	5.04 milhões/mm ³
Hemoglobina	14.7 g/dL
Hematócrito	42.8 %
V.C.M.	84.9 fl
H.C.M.	29.2 unq
C.H.C.M.	34.3 g/dL
R.D.W.	12.4 %

Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

[illegible]

Dr. Cassia M. L. E. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA/AGV
CRM: 07941 CPF: 150.329.903-10

LEUCOGRAMMA

Leucócitos	17800	mm ³	
Neutrófilos	14952	mm ³	84.0 %
Segmentados	14952	mm ³	84.0 %
Bastões	0	mm ³	0 %
Metamielócitos	0	mm ³	0.0 %
Mielócitos	0	mm ³	0.0 %
Promielócitos	0	mm ³	0.0 %
Eosinófilos	0	mm ³	0.0 %
Basófilos	0	mm ³	0.0 %
Linfócitos	1780	mm ³	10.0 %
Monócitos	1068	mm ³	6.0 %

Observações

ALGUNS NEUTROFILOS COM GRANULAÇÕES TÓXICAS FINAS

VALORES DE REFERÊNCIA

Age (yr)	Sex	Weight (kg)	Height (cm)	Body mass index (kg/m ²)	Waist circumference (cm)	Waist-hip ratio	Trunk circumference (cm)	Trunk-hip ratio	Neck circumference (cm)	Neck-hip ratio	Neck-trunk ratio
40	M	70	170	24.2	90	0.90	100	0.90	35	0.35	0.35
45	F	60	160	23.4	85	0.85	95	0.85	30	0.30	0.30
50	M	80	180	24.7	95	0.95	105	0.95	40	0.40	0.40
55	F	70	170	24.2	90	0.90	100	0.90	35	0.35	0.35
60	M	90	190	25.0	100	0.90	110	0.90	45	0.45	0.45
65	F	80	180	24.7	95	0.95	105	0.95	40	0.40	0.40
70	M	100	200	25.0	110	0.90	120	0.90	50	0.50	0.50
75	F	90	190	25.0	100	0.90	110	0.90	45	0.45	0.45
80	M	110	210	25.0	120	0.90	130	0.90	60	0.60	0.60
85	F	100	200	25.0	110	0.90	120	0.90	50	0.50	0.50
90	M	120	220	25.0	130	0.90	140	0.90	70	0.70	0.70
95	F	110	210	25.0	120	0.90	130	0.90	60	0.60	0.60

06 JUN 2017

Contagem de PLAQUETAS	214000 mm ³
Observações	

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm3

Método: Automação
Material: SANGUE TOTAL

CONFIRMAR GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 14/10/1964
Edna Maria ... de Silva
Matrícula: 819065-9
CPF: 676.080.303-97
CÓPIA DE ...

BRABANTON



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Id,Sx : 32a , M
Pedido: 3292118
Médico: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA
Emissão: 06/01/2017 às 01:52

Pl. 2/26
Registro: 11131025
Clínica: P01
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 05/01/2017 às 23:01

Coletado em 05/01/2017 às 23h 43min
RETRAÇÃO DO COÁGULO

RESULTADO: Total
Método: Qualitativo
Material: SANGUE TOTAL

Liberado em 06/01/2017 às 01:52
VALOR DE REFERÊNCIA: 30-60min

BRB Santos

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CREF-PI-740

Coletado em 05/01/2017 às 23h 43min
TEMPO DE SANGRAMENTO

RESULTADO: 01' 30" minuto
Material: SANGUE TOTAL

Liberado em 06/01/2017 às 01:52
VALOR DE REFERÊNCIA: 1 a 4 minutos

BRB Santos

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CREF-PI-740

Coletado em 05/01/2017 às 23h 43min
TEMPO DE COAGULAÇÃO

RESULTADO: 07' 00" minuto
Método: Les-White
Material: SANGUE TOTAL

Liberado em 06/01/2017 às 01:52
VALOR DE REFERÊNCIA: até 12 minutos

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA/ RGV
CRM: 27.041 / CPE: 150.329.903-10

BRB Santos

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CREF-PI-740

Coletado em 05/01/2017 às 23h 43min
PROVA DO LAÇO

RESULTADO: Negativa
Método: Rumpel-Leede

Liberado em 06/01/2017 às 01:52
VALOR DE REFERÊNCIA: Negativa

BRB Santos

Liberado por Bruna Raquel Barros dos Santos - CREF-PI-740

06 JUN 2017

HOSPITAL DE PAULO VARGAS
CONFERRA COM ORIGINAL
Em, 14/06/2017
Edna Maria de Silva
Matrícula: 020353-9
CPE: 150.329.903-10
CRIA DE PAULO VARGAS

HOSPITAL GETULIO VARGAS
LABORATORIO - HEMATOLOGIA

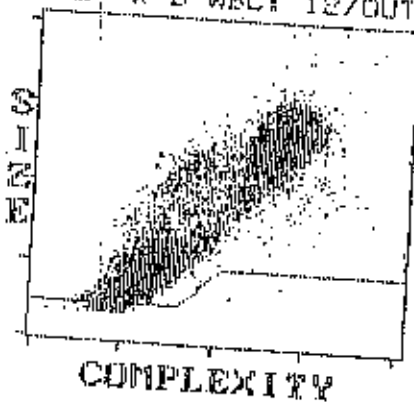
Specimen ID: 201741
Patient: PAULO DE F. GOMES
Sex: M DOB: 22 Jun 1984
Dr: 34 NEUROLOGIA
Param: 1 Limits: 1

14 Jan 2017 15:48
Operator ID: 180
Sequence #: 7791
Open Sampler

X-B RBC: 5/OUT2 X-B WBC: 12/OUT2

SUSPECTS - 50
(WBC) L39
NRBC m08
00002
Cast 01

WBC	8.36	K/uL
NEU	46.6	%
LYN	39.1	%
MON	8.1	%
EOS	5.5	%
BASE	3.44	%



leucócitos normais

RBC	4.42	M/uL
HGB	13.1	g/dL
HCT	38.1	%
MCV	86.2	fL
MCH	29.6	pg
MCHC	34.1	g/dL
RDW	14.1	%

Limfócitos normais

PLT	349	K/uL
MPV	10.3	fL
PCT	3.6	%
PDW	16.1	10(GSD)

cu 3.1

TS 1'00"

TE 7'00"

Pl neg

Rt total

Dr. César M. L. B. Vilarinho
DIRETOR ADM. FINANCEIRA / EGV
CPF: 07.941.027-150 229.903-10

06 JUN 2017

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CON. DE CORR ORIGINAL
Em, 14 de Jan de 2017
Edna Maria de Almeida Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 075.080.303-97
CNPJ: 07.941.027-150

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PACIENTE: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

DATA DE NASCIMENTO: 22/06/84

1102 MRC 2017

IDADE	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO	MÉDICO ASSISTENTE
32	NEFROLOGIA	330	06		WILSON
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR	
10/01/2017	POLITRAUMA JA OPERADO OMBRO E COTOVELO VEIO COM FRAT ACETABULO				
	DIETA LIVRE				
	OMEPRAZOL 40 VO BELA MANHA				
	DIPIRONA 500 VO 6/6HS				
	IRAMAL 50 VO ATE DE 8/8HS				
	CLEXANE 40 SC 1X AO DIA				
	C GERAIS				
	COLOCAR 10KG NA TRACÇÃO M. INFERIOR ESQ				
	FISIOTERAPIA				

Dr. Carlos M. L. B. Vitorino
CRM 07941/PA 150.329.908-10
DIRETORIA ADJ. FINANÇAS/MSV

Ata de Ocorrência
Leito 0000000000

WILSON

Ata - 19.01.17

Dr. Fro. das Neves B. Souza
Oncologia e Traumatologia
CRM-PA 3420

CONFESSE COM ORIGINAL
Em 19/01/17
Edna Maria da Silva
Matrícula: 0.3035-9
CPF: 000.000.000-97



SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Atendimento:
247811

Paciente:	PAULO SERGIO FERREIRA GOMES			Idade:	32 Anos 6 Meses 22 Dias		Sexo:	M	Prontuário:	201941	
Endereço:	LUCRECIO DANTAS AVELINO			Nº	720	Bairro:	AGUA MINERAL	Cidade:	TERESINA	Estado:	PI
UF:	PI	DT. Nascimento:	22/06/1984	Profissão:	OUTROS	Telefone:	86 - 3214.2170	CPF:	007.435.833-29	Cartão SUS:	701800212505179

Internação:	13/01/2017	Alta:	19/01/17	às	_____	Permanência:	_____
-------------	------------	-------	----------	----	-------	--------------	-------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: ☐ ☐ ☐ ☐	_____
CID Secundário: ☐ ☐ ☐ ☐	_____
CID Causa Morte: ☐ ☐ ☐ ☐	_____

Evolução e Situação na Alta: _____

Medicações Utilizadas: _____

Cirurgia: Data: ____/____/____ Tipo: _____

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

Dr. Cassio W. L. B. Vilarinho
DIRETORIA ADM. FINANCEIRA / HGV
CPF: 07.411.150-320 943-10

Dr. Pro. José Augusto B. Sousa
DIRETORIA DE ATENDIMENTO
CPF: 07.411.150-320 943-10

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

Transferência:

Vaga cedida por: _____

Transporte: _____

Nome: _____	Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente _____
-------------	---

06 JUN 2017

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 12/06/17
Luna Maria da Silva
Matrícula: 019065-9
Fone: 86.325.080.303-97



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roniel Araújo de Mesquita,
 RG nº 3384746, data de expedição 23/08/13,
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 058569703-02, com
 domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Técnica Joaquim Soares, nº 6041,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Paulo Sérgio Ferreira Gomes cujo o condutor era
Paulo Sérgio Ferreira Gomes.

Veículo: MotocicletaModelo: Honda CG 160 Fan ESD1Ano: 2016Placa: PIV 5622Chassi: 9C2KC2200GR326986Data do Acidente: 05/05/2017Local e Data: Av. José Elias Tavares X Av. Ipiranga - Jockey
TERESINA 18 MAIO 2017

3º OFÍCIO

Assinatura do Declarante

Roniel Araújo de Mesquita
Paulo Sérgio Ferreira Gomes

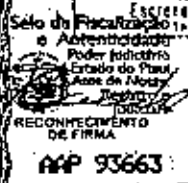
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
 THERMISTOCLES SAMPAIO
 TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAUS/MESEIRA
 RUA LUIZ GOMES NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
 Fone: (86) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriothermisto.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: RONIEL ARAÚJO DE MESQUITA. DOU
 FE, EM, TERESINA, PIAUÍ, 18/05/2017. Escrit.: 3,60
 TUDO, 22/05/2017. Hora: 14:57. Selo: 93663 / 18/05/17

EXEMPLOS DE VALORES: Escrit.: 3,60

☐ Tabella ☒ Escritura autorizada



CARTÓRIO THERMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Eduardo Denis de Vale Barreto
 Escritura Autorizada
 T496-02-04

06 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, PAULO SEBASTIÃO FERREIRA GONÇESRG nº 2169465, data de expedição 13/01/2014, Órgão SSP-PJ

CPF nº 007 435 833-29, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA EUCLECIDO SANTAS AVELINO</u>
Número	<u>729</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁGUA MINERAL</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64007-500</u>
Telefone de Contato	<u>86 98851-3666</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

06 JUN 2017

Local e Data: TERESINA 30 DE MAIO DE 2017

Assinatura do Declarante:



AGESPISA
Águas e Esgotos da Piauí S/A

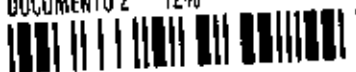
Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 1224513-5		Hidrometro 104L523743		Referencia DEZ/2016																																				
Nome/Razão Social/Endereço PAULO SERGIO F GOMES RUA LUCRECIO DANTAS AVELINO, 729 AGUA MINERAL TERESINA 64007500																																								
Situação 3/1	Nos. 1	Categoria de Uso Com. Ind. P/B	Inscrição 110 10 05 0241 0300-000																																					
Período de Consumo 23/11/2016		Período de Consumo 23/12/2016		Quant. Consumida 30																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Histórico de Consumo</th> </tr> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Outr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>06/16</td><td>1195</td><td>26</td><td></td></tr> <tr><td>07/16</td><td>1209</td><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>08/16</td><td>1220</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>09/16</td><td>1232</td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>10/16</td><td>1242</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>11/16</td><td>1253</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>12/16</td><td>1271</td><td>18</td><td></td></tr> </tbody> </table>					Histórico de Consumo				Mês/Ano	Leitura	Consumo	Outr.	06/16	1195	26		07/16	1209	14		08/16	1220	11		09/16	1232	12		10/16	1242	10		11/16	1253	11		12/16	1271	18	
Histórico de Consumo																																								
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Outr.																																					
06/16	1195	26																																						
07/16	1209	14																																						
08/16	1220	11																																						
09/16	1232	12																																						
10/16	1242	10																																						
11/16	1253	11																																						
12/16	1271	18																																						
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Forma de Pagamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</td> </tr> <tr> <td>Cód. Responsável 922244125</td> <td colspan="2">Código de Verificação 04</td> </tr> <tr> <td>Consumo Água 14</td> <td>Consumo Esgoto 14</td> <td>Consumo Esgoto 14</td> </tr> <tr> <td>Consumo 18</td> <td colspan="2">Consumo Faturado 18</td> </tr> </table>					Forma de Pagamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL			Cód. Responsável 922244125	Código de Verificação 04		Consumo Água 14	Consumo Esgoto 14	Consumo Esgoto 14	Consumo 18	Consumo Faturado 18																									
Forma de Pagamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL																																								
Cód. Responsável 922244125	Código de Verificação 04																																							
Consumo Água 14	Consumo Esgoto 14	Consumo Esgoto 14																																						
Consumo 18	Consumo Faturado 18																																							
RESUMO DA FATURA Cód. Nome do Serviço: 02 - MANUTENÇÃO HIDROMETRO Valor (R\$): 66,48																																								

VENCIMENTO 02/01/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 66,48
 DEBITO: CONTAS DE AGUA E ESGOTO
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

06 JUN 2017



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência		
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				
	19 Vítima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow = ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma				
	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX SatO2				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente				
Hospital de Destino	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não				
	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
Observações Interdisciplinar	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado				
34 Óbito 1-Sim 2-Não 3-Durante o transporte					
35 Observações Interdisciplinar 36 Responsável pela recepção 37 Socorristas Médico 38 Enfermeiro 39 Condutor					



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

DOCUMENTO 1 "T19"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002172/2017-32

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 19/05/2017 - 10:48

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ELIAS JOÃO TAJRA, Nº:

Complemento

Data/Hora

05/01/2017 - 19:00

Bairro

JOCKEY CLUB

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES [32 ANOS]

RG: 2169465

Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

Pai: JOÃO FERREIRA GOMES

Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS AVELINO, Nº 729

Bairro: ÁGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE DISSE NESTA DELEGACIA DE TRANSITO QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTO HONDA/CG, ANO 2016/2016, PL- PIV- 5622 DE PROPRIEDADE DE RONIEL ARAUJO DE MESQUITA, CPF- 05855970302 SENTIDO NORTE/LESTE E AO ENTRAR PELA AV. JOÃO ELIAS TAJRA, NO BAIRRO JOQUEY CLUB SURTIU UM OUTRO VEICULO QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR E QUE ESTE TERIA PROVOCADO O ACIDENTE QUANDO TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO E FECHOU DE FORMA VIOLENTA O CRUZAMENTO COM AV. ININGA, INDO COLIDIR COM A MOTO CONDUZIDA PELO DECLARANTE. DISSE QUE CAIU SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº432129 DECIDIDO PELO HUT. DIAS DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA POLICIA MILITAR PARA OUTROS PRECEDIMENTOS CONFORME PRONTUÁRIO DE Nº 247811. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE

Marcio Lustosa Arrais - Mat. 0866687
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Marcio Lustosa Arrais
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Paulo Sergio Ferreira Gomes
PAULO SERGIO FERREIRA GOMES [32 ANOS] - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

06 JUN 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, PAULO SERGIO FERREIRA GOMES, portador da carteira de identidade nº 2169465 e inscrito no CPF/MF sob o nº 007 435 833-29, residente e domiciliado na RUA LUCRECIO DANTAS AVELINO, 729 AGUA MINERAL Cidade JERESINA, Estado PARAÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DOCUMENTO 3 *T3*



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JERESINA 20 DE MAIO DE 2017

Local e data

06 JUN 2017



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, PAULO SERGIO FERREIRA GOMESPORTADOR(A) DO RG Nº 2169465 EXPEDIDO POR SSP-PJ EM 13 DE 2014 ECPF 007435833-29 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO NOTARIOE RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PAULO SERGIO FERREIRA GOMES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

06 JUN 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

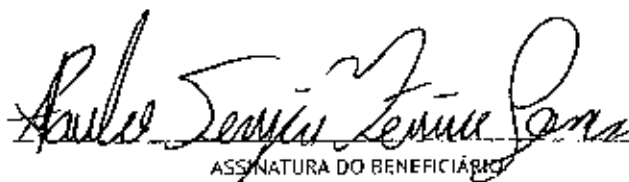
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3828 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5104-9

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

TERESINA 20 de MATO

LOCAL E DATA

de 2017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022.1204.



06 JUN 2017

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11263258

A/C: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Sinistro: 3170310410 ASL-0216888/17
Vítima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Data Acidente: 05/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003828

Conta: 000005104-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170310410 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LUCRECIO AVELINO nº 729 - AGUA MINERAL - TERESINA/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2169465 - SSP**
Data local do exame: **28/06/2017 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO UMERUO PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO
FRATURA DO ACETABULO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

OSTEOSSINTESE DO UMERUO E DO COTOVELO ESQUERDO. TRACAO TRANSESQUELETICA DO FEMUR ESQUERDO, EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. APRESENTA DEFORMIDADE ANATOMICA DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO BRACO ESQUERDO, LIMITACAO DA ABDUCAO E ROTACAO DO OMBRO, DA FLEXO-EXTENSAO DO COTOVELO E DA PRONO-SUPINACAO DO ANTEBRACO HIPOTROFIA DO QUADRICEPS ESQUERDO E LIMITACAO DA FLEXAO DO QUADRIL ESQUEEDO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 28/06/2017

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ

Dra. Dore M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dore Mendes

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11139154

A/C: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Sinistro: 3170310410 ASL-0216888/17
Vítima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Data Acidente: 05/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2017

Carta nº: 11124368

A/C: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170310410 ASL-0216888/17
Vítima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Data Acidente: 05/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000005104-9

Nr. da Autenticação 5189497A97C7784B

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170310410 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES **Data do acidente:** 05/01/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO UMEROS PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO
FRATURA DO ACETABULO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: OSTEOSINTESE DO UMEROS E DO COTOVELO ESQUERDO. TRACAO TRANSESQUELETICA DO FEMUR ESQUERDO, EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.
APRESENTA DEFORMIDADE ANATOMICA DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO BRACO ESQUERDO, LIMITACAO DA ABDUCCAO E ROTACAO DO OMBRO, DA FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO E DA PRONO-SUPINACAO DO ANTEBRACO
HIPOTROFIA DO QUADRICEPS ESQUERDO E LIMITACAO DA FLEXAO DO QUADRIL ESQUEEDO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/06/2017

Conduta mantida:

Observações: OBS.: VÍTIMA JÁ AVALIADA SOB O SINISTRO 2014602174 OCORRIDO EM 06/03/2014 NO VALOR DE R\$ 1.687,50 REFERENTE A 50% DA LESÃO DO JOELHO DIREITO
NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

