Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180312022**
Vitima: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **03/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE DE MACEDO MORAES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312022.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00357/00358 - carta_01 - INVALIDEZ
00030179
Carta nº 13087499

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180312022**
Vitima: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **03/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE DE MACEDO MORAES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312022**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01411/01412 - carta_03 - INVALIDEZ
00050706
Carta nº 13162919

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

Sinistro: **3180312022**
Vítima: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **03/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE DE MACEDO MORAES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180312022** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01231/01232 - carta_02 - INVALIDEZ
00050616
Carta nº 13252230

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3180312022***

Nome do(a) Examinado(a): ***ANTONIO LUIS DOS SANTOS***

Endereço do(a) Examinado(a): ***LC MARFIN nº S/N - ZONA RURAL - MILTON BRANDAO/PI***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 1308771 - SSP***

Data e local do acidente: ***03/05/2017 JATOBA DO PIAUI/PI***

Data e local do exame: ***31/08/2018 TERESINA/PI***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA DAS FRATURAS. NAO FEZ O TRATAMENTO FISIOTERAPICO DESCRITO. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA.

III.Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SINISTRADO EVOLUIU COM DOR, DEFORMIDADE CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TERCO PROXIMAL DE PERNA ESQUERDA, ACENTUAÇÃO DO VARISMO DO TERCO PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA, RESTRIÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A ESQUERDA COM REPERCUSSÃO EM SUA MARCHA.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[X] SIM [ ] NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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(*).

[ ] Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

[ ] Sem sequela permanente

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

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

Região Corporal(Sequela): ***MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.***

[ ] 10% [X] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ

Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 105/TO

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	510.212.263.00	Antonio Luis dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Antonio Luis dos Santos		CPF titular da conta: 510.212.263.00	Profissão: Lavrador
Endereço: Localidade Morfim		Número:	Complemento:
Bairro: Zona Rural	Cidade: Milton Brandão	Estado: Piauí	CEP: 64.253.000
Email:			Telefone (DDD): (86) 981374015

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [ ] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [x] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 2.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [x] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 985 DV [ ] (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 8954 DV 6 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO: DV: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: DV: (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Milton Brandão - PI, 18 de Maio de 2018
Local e Data

Antonio Luis dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-ON: 081124786955 NS: 31219790

Data:09/05/2018 Hora de Brasilia:11:57

Deposito em Conta Poupanca

Favorecido
Banco : 237
Agencia: 00985 - CAMPO MAIOR
Conta : 000000202051-6
Nome : ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Depositante : O PROPRIO
FAVORECIDO
Valor em dinheiro : [redacted]
Valor em cheque : [redacted]
Valor total : [redacted]

Ag.Bradesco :0965 - CAMPO MAIOR
Corresp.Banc.:123 - DROGARIA SAO
FRANCISCO
NSU: 029202228151 Autenticacao: 504153

O F. C. LEITE BARBOSA atua como
Correspondente Bancario do Banco
Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000025/2018-97

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR **Resp. pelo Registro:** Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 19/06/2018 - 16:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
OP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Data/Hora
03/05/2017 - 17:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
JATOBÁ DO PIAUÍ

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
LOCALIDADE ANDRÉS, ZONA RURAL DE JATOBÁ DO PIAUI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência
RESIDÊNCIA DO SR. EDIMAR DOCA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO LUIS DOS SANTOS Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante
RG: 1308771 SSP PI
Mãe: MARIA DA SOLIDADE DE OLIVEIRA
Endereco: LOCALIDADE MARFIM, Nº
Complemento: ZONA RURAL DE MILTON BRANDÃO
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: MILTON BRANDÃO

Nome: ORESTES BORGES DE OLIVEIRA GOMES Tipo Envolv.: TESTEMUNHA
RG: 2160468 SSP PI
Mãe: ROSA BORGES DE OLIVEIRA GOMES
Pai: ANASTÁCIO LUIS GOMES
Endereco: LOCALIDADE IMPUEIRA DA ONÇA, Nº
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ

Nome: ANTONIO JOSÉ CARNEIRO Tipo Envolv.: TESTEMUNHA
RG: 3519846 SSP PI
Mãe: LUZIA MARIA DA CONCEIÇÃO
Pai: JOÃO JOSÉ CARNEIRO
Endereco: LOCALIDADE IMPUEIRA DA ONÇA, Nº
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE "NO DIA 03 DE MAIO DE 2017 POR VOLTA DAS 17:00 HORAS APROXIMADAMENTE QUANDO O NOTICIANTE TRAFEGAVA EM UMA ESTRADA VICINAL CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA MODELO: HONDA/NXR 150 BROS ES,ANO/FAB:2014/2014,COR: PRETA,PLACA:PIC-5057,CÓD-RENAVAN:01018522856,CHASSI Nº 9C2KD0550ER114206, ESTANDO LICENCIADA EM NOME DE ANTONIO JOSÉ CARNEIRO, E QUE PRÓXIMO Á RESIDENCIA DO SENHOR CONHECIDO COMO"EDMAR DOCA " NA LOCALIDADE ANDRÉS,ZONA RURAL DE JATOBÁ DO PIAUÍ FOI SURPREENDIDO POR A INVASÃO DE UM ANIMAL DE ESPÉCIE CAPRINO QUE INVADIU A ESTRADA VICINAL E QUE O CONDUTOR NÃO CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL E BATEU NO MESMO FRONTALMEMTE;QUE DEVIDO A ESSE ABALRROAMENTO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR;QUE DO ACIDENTE O NOTICIANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO,LESÃO NO JOELHO E FRATURA DO PLANALTO FIBRAL DA PERNA ESQUERDA;QUE DO LOCAL DO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM LOGO APÓS O ACIDENTE E LEVADO PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI,ONDE O MESMO DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL;FOI ATENDIDO POR O MÉDICO PLANTONISTA DR. SALMO MELO CRM-PI 3113, FOI AVALIADO E DE IMEDIATO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000025/2018-97

REGIONAL CHAGAS RODRIGUES EM PIRIPIRI-PI PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS,QUE FOI ENCAMINHADO PARA INTERNAÇÃO E NO DIA 11/05/2017 FOI NOVAMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE EM PARNAIBA-PI ONDE FOI SUBMETIDO Á VÁRIOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE. NADA MAIS.

Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

ANTONIO LUIS DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

ORIGINAL

Delegado de Polícia

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Antonio Luis dos Santos	510.212.263-00	03/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- [X] Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- [ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- [ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ORIGINAL

Milton Brandão PI 18 de Maio de 2018
Local e Data

x Antonio Luis dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

HRCM
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 03/05/17 HORA: 19:00 Nº DO TELEFONE: —

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional de Campo Maior MUNICÍPIO: Campo Maior

MÉDICO: Silma Maria Oliveira Lima CRM: 3113

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antonio Luís dos Santos

Idade: 42 anos Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

HDA: Vítima de acidente de trânsito, colisão de motocicleta, sofreu fratura de tíbia e perna direita. O mesmo apresenta fratura de tíbia e perna direita.

ESCALA DE GLASGOW: 14

ABERTURA OCULAR
(4) Espontânea
3 - Comandos
2 - A dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL
5 - Orientado
(4) Confuse
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA
(6) Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax.____ °C P:____ bpm R:____ rmm PA:____ mmHg Sat O_2:____ Glicemia:____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio (X) Hidratação Venosa SF 0,9%
( ) Aspiração ( ) Medicação
( ) Curativo ( ) Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: Hospital Regional Chagas Rodrigues (Ortopedia)

Clínica/Posto: Senha: 20170503171314

Salma Maria Oliveira Lima
MÉDICO
CRM-PI 3113

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO,PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento:P0111852 Registro:52969
Data: 03/05/2017 Hora: 20:57:00
Funcionario:CLEANE Tipo:CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 176

SUS

ANTONIO LUIS DOS SANTOS CPF: - RG: - SUS:
Nasc.: 10/01/1975 Idade: 42 ANOS,4 MESES,24 DIAS Profissão: Civil: CEP:64253-0
End.:MARFIM S/N, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **MILTON BRANDAO/PI**
Cor: SEM Telefone: ( ) - Mãe: MNARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA Pai:

Clínica: ***ENFERMAGEM*** Documento: 1 - HRCR
Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - O MESMO Temp.:°c Peso:Kg P.A.:

Procedimentos

03/05/2017 20:57 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉD

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Exame clinico/fisico:

Leva prótese
Joelho e
a LMC

Diagnostico provavel:

Medicação:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Procedimentos/exames realizados:	Anotação de enfermagem

Dr. Renato Jorge C. Oliveira
CRM: 2022

Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS 1 - HRCR

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO LUIS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00985-7

CONTA: 000000008951-6

Nr. Autenticação
BRADESCO040920180500000000002370098500000008951236250 PAGO

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI
AV MARANHAO, 750 - CENTRO SUL - TERESINA
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTOO

Emitida conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL NF: 4.775.350

ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA
LC MARFIN, S/N
B-RURAL 64250-000 MILTON BRANDAO PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
852323-1	ABR/2018	21/3/2018 a 20/4/2018

CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
73	27/04/2018	34,69

OBSERVAÇÕES

- Esta impressão destina-se exclusivamente para pagamento e não é cobrada
- Atraso no pagamento será cobrado em conta futura com multa de 2,00% e juros de mora de 0,03% ao dia e correção monetária pelo índice IGP-M
- Ligação gratuita:0800 086 0800

autenticação mecânica

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

recorte aqui

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI
AV MARANHAO, 750 - CENTRO SUL - TERESINA
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
852323-1	ABR/2018	34,69

836500000002.346900170009.000000006524.323104180050

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1305839-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.740/0001-90 Insc. Estadual 19.001.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 1
Regime especial de informação autorizado pelo SEFAZ 00498

Nº da Nota Fiscal 005524496

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
MAIO/2018	16/05/2018	88	75,92

JOSE DE MACEDO MORAES RESIDENCIAL HUMBERTO BONA
R. 21 05 QUADRA Z14 LOTE 05 B-URBANO
CPF: 00004405604360
CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR
ROT: 306.010.06.49.116600

DADOS DA LEITURA — kWh

	Atual:	Anterior:
Anterior:		11754
Constante de Multiplicação:		11666
Consumo Medido:		1,000
Consumo Faturado:		88
Ponta de Faturamento		88

DATAS DA LEITURA

	Atual:	Anterior:
Anterior:		09/05/2018
Próxima Leitura:		10/04/2018
Emissão:		11/06/2018
Apresentação		08/05/2018
Data Corte		09/05/2018

FCAN

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Número Medidor	Rota	Código Fat	Dia 12 que pga
NORMAL				29

HISTÓRICO kWh

ABR/18	332
MAR/18	99
FEV/18	119
JAN/18	340
DEZ/17	180
NOV/17	241
OUT/17	220
SET/17	298
AGO/17	282
JUL/17	190

TARIFA SEM TRIBUTOS: R$ 0,5591

DESCRIÇÃO DA CONTA — Mono A1405669 1.1.1.1 232

CONSUMO	88 A R$ 0,762755 =	67,12
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		8,80
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,26	

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
04/2018	311,72

Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24.02.2018, em funções das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento [illegible] também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e não realizadas no valor de R$ 92,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$
5F35.5496.5794.6A12.A8AB.2771.5903.BCBD

Distribuição:	
Energia:	14,01
Transmissão:	26,61
Encargos:	4,18
Tributos:	4,24
	18,08

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	67,12
Alíquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	14,76
Valor do PIS:	0,59
Valor do COFINS:	2,73

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14
0,00			0,00			0,00

CAMPO MAIOR 03/2018 28,87

ROT: 306.010.06.49.116600

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.740/0001-90 Insc. Estadual 19.001.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
1305839-8	75,92
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
05/2018	16/05/2018

Nº da Nota Fiscal: 005524496 FCAN

83680000000 9 75920017000 0 00000001305 2 83980518008 1

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contatos com a Eletrobras informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0854855-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro Sul – Teresina – PI
CNPJ: 00.040.740/0001-00 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 007002009

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JUNHO/2018	19/06/2018	638	632,69

LEANDRO PAIXAO TORRES
R. BENJAMIN CONSTANT 852 S/C CENTRO
CNPJ: 00000000000000 IE: 1453887
CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR

ROT: 309.010.09.29.043700

DADOS DA LEITURA	kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	37627		Atual:	12/06/2018
Anterior:	36989		Anterior:	14/05/2018
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura:	13/07/2018
Consumo Medido:	638		Emissão:	11/06/2018
Consumo Faturado:	638	FCAM	Apresentação:	12/06/2018

Leitura Informada: NORMAL — Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Opção	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A581313		3.1.3.1	559

HIST. DO CONSUMO kWh

Mês/ano	consumo
MAI/18	436
ABR/18	283
MAR/18	301
FEV/18	1173
JAN/18	426
DEZ/17	688
NOV/17	374
OUT/17	574
SET/17	1116
AGO/17	604

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 638 - 0,598541

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 638 A R$ 0,848765 =		541,51
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		80,80
CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00		1,16
MULTA POR ATRASO 05/18-00		7,19
JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00		2,03
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	3,70	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	13,18	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parcelamento: Ate o dia 11/06/2018, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO B903.5BAC.66BE.CSAC.04DF.EE27.7FCE.837E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	105,71
Energia:	201,04
Transmissão:	31,63
Encargos:	32,04
Tributos:	171,05

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	541,51
Alíquota ICMS:	27,00%
Valor do ICMS:	146,20
Valor do PIS:	4,44
Valor da COFINS:	20,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	FEC				DEC			
Atual	7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14	
Anterior	0,00			0,00			0,00	

Cidade: CAMPO MAIOR

ROT: 309 ...

PJ CORRETORA DE SEGUROS
16 JUL 2018
DPVAT

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José de Macedo Moraes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943 - / 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Luis dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.212.263 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Luis dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.212.263 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____, e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

ORIGINAL

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Benjamin Constant		Número: 852	Complemento
Bairro: Centro	Cidade: Campo Maior	Estado: Piauí	CEP: 64.280-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD): (86) 981374015	

Campo Maior, PI. 18 de Maio de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José de Miranda Moraes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943- / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Luis dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.212.263 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Luis dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.212.263 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

ORIGINAL

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Benjamin Constant		Número: 852	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Campo Maior	Estado: Piauí	CEP: 64280-000
Email:	Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): (86) 981374015	

PJ CORRETORA DE SEGUROS
16 JUL 2018
DPVAT

Campo Maior, PI, 18 de Maio de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA DE SEGUROS
DPVAT

OLDRL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO JOSE CARNEIRO,
RG nº 3.519.846, data de expedição 25/09/2010,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 991.462.908-34, com domicílio na cidade de JATOBA DO PIAUI, no Estado de PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) POVOADO IMPUEIRA DA ONÇA, nº S/N, complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima: ANTONIO LUIS DOS SANTOS, cujo o condutor era: ANTONIO LUIS DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA
Ano: 2014/2014
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES
Placa: PJC - 5057
Chassi: 9C2KD0550ER114206
Data do Acidente: 03/05/2017

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DEVAT

Local e Data: CAMPO MAIOR-PI 09 DE MAIO DE 2018

Cartório Único Campo Maior-PI

Antonio José Carneiro
Assinatura do Declarante

ORIGINAL

Assinatura do condutor(caso seja um terceiro que não avítima reclamante do sinistro)

Cartório Único de Campo Maior
AVENIDA JOSÉ PAULINO, CENTRO - Nº 504, CAMPO MAIOR - PIAUÍ
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO JOSE CARNEIRO EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. CAMPO MAIOR, 09/05/2018
Cartório Único de Campo Maior
Amanda Alcântara Ferreira
AMANDA ALCANTARA FERREIRA - ESCREVENTE
Emol. 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70 - Escrevente -
Selo de Fiscalização Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí Ofícios de Notas, Registro e Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABC-30858

HRCM
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 03/05/17 HORA: 19:00 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional de Campo Maior MUNICÍPIO: Campo Maior

MÉDICO: Silma Maria Oliveira Lima CRM: 3113

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antonio Luis dos Santos

Idade: 42 anos Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

HDA: Vítima de queda de moto sob efeito de bebida alcoólica. O mesmo apresenta fratura de tíbia esquerda.

ESCALA DE GLASGOW: 14

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
(4) Espontânea	5 - Orientado	(6) Obedece a comandos
3 - Comandos	(4) Confusa	5 - Localiza dor
2 - A dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 - Extensão anormal
		1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax.____ °C P:____ bpm R:____ mrm PA:____ mmHg Sat O₂:____ Glicemia:____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio (X) Hidratação Venosa SG 0,9%
( ) Aspiração ( ) Medicação
( ) Curativo ( ) Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO Hospital Regional Coroatá Maranhão (Ampliado)

Hospital:

Clínica/Posto: Senha: 20170503171314

Silma Maria Oliveira Lima
MÉDICO
CRM-PI 3113

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO,PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
Atendimento:P0111852 Registro:52969
Data: 03/05/2017 Hora: 20:57:00
Funcionario:CLEANE Tipo:CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 176

SUS

ANTONIO LUIS DOS SANTOS CPF: - RG: - SUS:
Nasc.: 10/01/1975 Idade: 42 ANOS,4 MESES,24 DIAS Profissão: Civil: CEP:64253-(
End.:MARFIM S/N, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **MILTON BRANDAO/PI**
Cor: SEM Telefone: ( ) - Mãe: MNARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA Pai:

Clinica: ***ENFERMAGEM*** Documento: **1** - HRCR
Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - **O MESMO** Temp.:ºc Peso:Kg P.A.:

Procedimentos

03/05/2017 20:57 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉD

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - **Muito** Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco **Urgente** ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Exame clinico/fisico:

Lem mão
Joelho c
a LMC

Diagnostico provavel:

Medicação:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Procedimentos/exames realizados:	**Anotação de enfermagem**

Dr. Renato Jorge C. Oliveira
ORTOPEDISTA
CPF 182.043.765-53 CRM-PI 2022

Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS 1 - HRCR

DECLARAÇAO

Declaro para os devidos fins que o Sr° Antônio Luis dos Santos RG: 1.308.771 SSP/PI, filiação: Maria da Soledade de Oliveira, naturalidade Capitão de Campos/PI, nascido em 22/01/1972 deu entrada neste Hospital Regional na data de 03/05/2017 as 19:00hs alegando ser vitima de acidente de transito (motocicleta) sendo atendido e transferido pelo médico plantonista Dr° Salmo Melo CRM/PI 3113 para o Hospital Chagas Rodrigues em Piripiri/PI senha 2017050317131, documento anexo.

Campo Maior, 25 de Maio de 2018

José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

Jose Augusto Alves Peres
Matricula 158459-6
SAME/HRCM/PI

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
2 - CNES: 2777746
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
4 - CNES: 2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO LUIS DOS SANTOS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 52969
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702003877280685
8 - DATA DE NASCIMENTO: 10/01/1975
9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 2
10 - NOME DA MÃE: MARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA
11 - TELEFONE DE CONTATO: ( ) -
12 - ENDEREÇO: MARFIM S/N, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MILTON BRANDAO
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2206357
15 - UF: PI
16 - CEP: 64253-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente no pelle c/ lesão prostatectomia

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO: A avaliar

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): A avaliar

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: R Tem pro
21 - CID PRINCIPAL: 5821
22 - CID SECUNDÁRIO:
23 - CAUSAS ASSOC.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: LMC
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0301060029
26 - CLÍNICA: CLINICA MEDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS (x) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 18204376391
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. Renato Jorge C. Oliveira
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/05/2017
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM): Dr. Renato Jorge C. Oliveira CRM-PI 2422 Ortopedista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPREGA:
40 - CNAE EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: TIAGO DOS SANTOS SILVA
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR: M230350101
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS (x) CPF
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 01471547310
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.:

Atendimento	107601
Data:	03/05/2017
Hora:	22:27

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

N° AIH
CLEANE

52969 - ANTONIO LUIS DOS SANTOS

- Sexo: MASCULINO - 10/01/1975 - 42 ANOS,4 MESES,24 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM09- CLINICA CIRURGICA Leito: CM0903 Naturalidade:

Escolaridade:

CPF: RG: Médico: 2422 - RENATO JORGE CARVALHO OLIVEIRA

C/N: CNS:

Endereço: MARFIM S/N, N° 0 - CEP: 64253-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2206357- MILTON BRANDAO/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: Mãe: MARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA

Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - ( ) - - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Resultado

- [ ] Curado
- [ ] Melhorado
- [ ] Inalterado
- [ ] Piorado
- [ ] Removido
- [ ] Pedido
- [ ] Evasão
- [ ] Indisciplina
- [ ] -48 Horas
- [ ] +48 Horas
- [ ] Obito

Transferido

História Clínica

Trauma pelvis
c/ lesão medula

Diagnóstico Provavél Fr Tibia proximal

Dr. Renato Jorge C. Oliveira
CRM-PI 2422
Ortopedista/Traumatologista

RENATO JORGE CARVALHO OLIVEIRA

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 03/5/12

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME: Antonio [illegible]

CID:

DIAGNÓSTICO: [illegible]

PROCEDIMENTO:

CIRURGIA: LMC

CIRURGIÃO: Renato

AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

TÉCNICA CIRÚRGICA

- Anestesia
- Antissepsia
- Campo
- LMC c/ [illegible]
- Curativo
- Imobilização

OBS: Não houve "Drenagem", retirado para [illegible]

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Antonio Luis dos Santos

DATA: 03/5/17 | ENFERMARIA/LEITO: 09 / 03 | CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO: F Tibia proximal e (prótese)

EVOLUÇÃO:

LMC

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

PRESCRIÇÃO:

- Dieta livre
- SF 0,9% - 1000ml EV 30 gotas/min (21:00) ( ) (22:25)
- SG 5% 500ml
- cefalotina - 1g EV 6/6h 22/ 0 0
- fenitoína - 80mg EV 8/8h 02
- cetoprofeno 100 - 01amp EV 12/12h (22:30)
- Dipirona - 2ml EV 6/6h s/n

04/05/17
Pulso: PA: 14x10 mmHg
T: 37,9°C
Jaffuta
569959

Dr. Renato Jorge C. Oliveira
CRTO/PI 0574
CPF 192.043.793-53 CRM 3802

CARIMBO

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3276-2362

PACIENTE: **I07601-ANTONIO LUIS DOS SANTOS** 42 ANOS,4 MESES,24 DIAS

ENFERMARIA: **CM09-CLINICA CIRURGICA** LEITO:**CM0903** ADMISSÃO: 03/05/2017 DIAS INTERNADO: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

04/05/2017 - 10:38:35

DIETA BRANDA					
CEFAZOLINA 2G IV	1,00 FRAMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM AD	
GENTAMICINA BORAC/FAL 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	DILUIR EM AD	
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	DILUIR EM 100ML SF 0,9%	
DIPIRONA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM AD SE DOR OU FEBRE	

SCALP SALINIZADO
SSVV+DCGG

10:00h PA: 140/70 mmHg
FX: 37 c
Jaelita
056993
18hs - PA - 120X80 mmHg
T - 36-/ Regina
22h - PA 120x70 mmHg Danielle

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

5947 - NATHALIA PORTELA VELOSO BOAVISTA

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362

PACIENTE: **I07601-ANTONIO LUIS DOS SANTOS** 42 ANOS,4 MESES,24 DIAS

ENFERMARIA: **CM09-CLINICA CIRURGICA** LEITO:**CM0903** ADMISSÃO: 03/05/2017 DIAS INTERNADO: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

07/05/2017 - 08:31:32

DIETA BRANDA DILUIR EM AD

CEFALOTINA 1G INJ.	1,00 FRAM	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM AD		
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	DILUIR EM AD		
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	DILUIR EM 100ML SF 0,9%		
DIPIRONA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM AD SE DOR OU FEBRE		

SCALP SALINIZADO
SSVV+CCGG

12hs - PA - 100x60mmHg
TAX = 36,2°C

23.10hs - 5° DIH. Consciente, orientado, físico, deambula com auxílio. Não higienizado, hipocorado, aceita dieta oral sem restrições. Sono e repouso satisfatório. Drama em MIE por acidente motociclístico. Aguarda procedimento cirúrgico. Eliminações fisiológicas, diga, evacuações ausentes há 5 dias. Sem queixas no momento. nega alergias e comorbidades. SVP MSE.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Joana Tereza C. M. Ferreira
Enfermeira
COREN-PI 243

Dr. Thulio Adley Lima Cunha
MÉDICO
CRM-PI 6243

4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

GOVERNO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES – CERIH

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 09 / 05 / 17 HORA: _____ Nº DOTELEFONE: 9. 9925 - 0506

HOSPITAL SOLICITANTE MACB MUNICIPIO Teresina

MÉDICO: Dr. Renato Jorge CRM: 2422

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria (x) Outro Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antonio Louis dos Santos

Data do Nascimento 10.04.1975 Idade: 42 anos Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino

RG ou CPF _____ Cartão Nacional de Saúde 700. 5071. 2543. 4150.

Município de Procedência Amilton Brandão

HDA: Trauma de membro pelvico

HD: Fx - pelvis, intal

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 – Espontânea	5 – Orientado	6 – Obedece a comandos
3 – Comandos	4 – Confusa	5 – Localiza dor
2 – A dor	3 – Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 – Nenhuma	2 – Palavras incompreensíveis	3 – Flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 – Extensão anormal
		1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax.____ °C P:_____bpm R:_____mrm PA:_____mmHg Sat O_2 _____ Glicemia _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa _____
( ) Aspiração ( ) Medicação (especificar) _____
( ) Curativo ( ) Outros: _____

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

_____
_____
_____

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO.

Hospital: HEDA

Clínica/Posto: _____ Senha: 2017 0509 17859

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA,
RODOVIARIA,PARNAIBA/PI - 64216-470
CNPJ: 06553564015593
(86) 3323-7188 - ( )

Ficha de Atendimento (Emêrgencia)

Atendimento:P0175461 Registro:113343
Data: 11/05/2017 Hora: 16:21:00
Funcionario:FABRICIO Tipo:CONSULTA
Senha 160 Sexo: MASCULINO
SUS

ANTONIO LUIS DOS SANTOS
Nasc.: 22/01/1972 Idade: 45 ANOS,4 MESES,20 DIAS Profissão: CPF: - RG: - SUS: 700507125434150
End.:POV.MARFIM, 0 - Bairro: ZONA RURAL Civil: CASADO(A) CEP:64253-000
Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: MARIA DA SOLIDADE Cidade: **MILTON BRANDAO/PI**
Pai:

Clinica: ***ORTOPEDIA*** Demanda: AMBULACIA Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060061 01 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
CONSULTA (ACOLHIMENTO)

História Clinica/Exame fisico:

Hora: ___:___
☐ Internação

Exames Complementares: Dor + Deformidade

Diagnostico provavel: Fratura Planalto tibial (E)

Prescrição Médica:

Rx

internamento

RAIO X
DATA:
ASSINATURA

Dr. Osmar B. Linhares
Ortopedia Traumatologia
CRM 3354 RQE 7946

Anotações da Classificação de Risco Hora: 16:32:30

Prioridade:
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: PACIENTE ENCAMINHADO DE PIRIPIRI RELATA FRATURA DE MIE APOS QUEDA DE MOTO. (SIC)

Alergias: NEGA ALERGIA

Medicação Usual:

PA: 100x60 mmHg TAX: 0ºC FR: 0 mrpm SAT 02: 0
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Observação:

Conduta: AO ORTOPEDISTA

Lizianne de F. Bessa Amaral
Enfermeira
COREN

1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia **Destino:** Hora:

ANTONIO LUIS DOS SANTOS
Paciente ou Responsável

100 - MEDICO DE PLANTAO
Médico Responsável

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
2 - CNES: 8015899
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
4 - CNES: 8015899

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO LUIS DOS SANTOS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 113343
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700507125434150
8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1972
9 - SEXO: Masc. X 1 Fem. 2
10 - NOME DA MÃE: MARIA DA SOLIDADE
11 - TELEFONE DE CONTATO: (86) 9911-6361
12 - ENDEREÇO: POV.MARFIM, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MILTON BRANDAO
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 2206357
15 - UF: PI
16 - CEP: 64253-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Dor + Deformidade do tornozelo E Após

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO:
Rx → f mal. Planalto tibial (E)

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: F mal. Planalto tibial (E)
21 - CID PRINCIPAL: S82.1
22 - CID SECUNDÁRIO:
23 - CAUSAS ASSOC.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tto Cirurgico
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050551
26 - CLÍNICA: ORTOPEDIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: (x) CNS (X) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 72911880340
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. Osmar
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/05/2017
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM): Dr. Osmar Bulhões Jr. Ortopedia Traumatologia CRM 3854 RQE 9846

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ
MPHCA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) NÃO SEGURADO

AIH : 2217101790750 Protocolo: 196874
Estabelec.: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
ANTONIO LUIS DOS SANTOS
Nascimento: 22/01/1972
Proced. : 0408050551-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO
Dt.Autoriza: 13/05/2017
Op.Sistema: FLAVIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.
44 - DOCUMENTO: ( ) CNS (x) CPF
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: MENOR RESPONSAVEL
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Atendimento	1012154
Data:	11/05/2017
Hora:	17:10

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650
PARNAIBA/PI

Nº AIH
PRISCILA

BOLETIM DE ADMISSÃO

113343 - ANTONIO LUIS DOS SANTOS

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/01/1972 - 45 ANOS,4 MESES,20 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 027- CORREDOR Leito: 2701 Convênio: SUS

Escolaridade:

CPF: RG: Médico: 3354 - OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR

C/N: SIS Prenatal:

Endereço: POV.MARFIM, Nº 0 - CEP: 64253-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2208357- MILTON BRANDAO/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: Mãe: MARIA DA SOLIDADE

Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - ( ) - O MESMO

Diagnostico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

- [ ] Curado
- [ ] Melhorado
- [ ] Inalterado
- [ ] Piorado
- [ ] Removido
- [ ] Pedido
- [ ] Evasão
- [ ] Indisciplina
- [ ] -48 Horas
- [ ] +48 Horas
- [ ] Obito

Transferido

História Clínica

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Diagnóstico Provavél

Fratura Platô tibial (E)

Ortopedia Traumatologia
CRM 3354
TEOT 9846

OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR

06553564015693

SETOR DE RAIO X

DATA: 11/05/2017

PRONTUARIO:113.343 PACIENTE: I012154 ANTONIO LUIS DOS SANTOS: ENF./LEITO:027/2701

LAUDO

Exame realizado demonstrou:

Fract. Platô tibial (E)

PJ CORRETORA DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 9846

Assinatura médica - Carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL BIRCEU ARCOVERDE

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE:		IDADE:	DATA DE NASC: / /
DIAGNÓSTICO: Fratura Planalto tibial		OPERAÇÃO: Ato cirurgico	
DATA: 15/05/17		INTERVENÇÃO:	
CIRURGIÃO: Dr. Osmar		AUXILIARES: Dr. Fabricio	
ANESTESISTA:			
PRÉ-MEDICAÇÃO:			
INTERVENÇÃO: INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO	

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO
(TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

1) Pide em dbl sob anest.
2) Assep. + Aut. + AP. campos
3) ~~Bypass~~ Redução + F. A x 1 Placa + Parafusos
4) Sutura + curativo

Dr. Osmar B. Linhares Jr.
Ortopedia Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 9846

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

06553564015593

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PRONTUARIO: 113.343 PACIENTE: I012154 ANTONIO LUIS DOS SANTOS: ENF./LEITO: 027/2701

INICIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA. DURAÇÃO: _____ HORA. CIRURGIA: Fract.

CIRURGIÃO: Dr. Osman 1º AUXILIAR: Dr. Fabrício ANESTESISTA: Dr. Franco.

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Adrenalina	amp		Ocitocina	amp	
Água estéril 10ml	amp		Pancurônio	amp	
Atropina	amp		Petidina 50mg/2ml	amp	
Clorpromazina	amp		Plasil 10mg	amp	
Dexametazona 4mg/2ml	amp		Propofol 1%, 20ml	amp	
Diazepam 10mg	amp		Prostigmine	amp	
Dimorf	amp		Soro Fisiológico 0,9%, 500ml	fr	
Dopamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	fr	
Dormonid 15mg/3ml	amp		Soro Ringer c/ lactado	fr	
Efortil 10mg/1ml	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Enflurano	ml		Suxametônio 100mg	fr	
Fenergan 50mg	amp		Tionembutal	fr	
Fentanil	fr		Transamin	amp	
Halotano	ml		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
Haloperidol	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
Ketalar	fr		Xilocaina 5% (pesada)	fr	
Methergin	amp				
Naloxona	amp				
Neocaina c/ vaso	amp				
Neocaina pesada	amp				
Neocaina s/ vaso	amp				

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Abocath nº	un		Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 25x0,7/40x0,12	un	02/02	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº 27	un	01	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Aladura de crepom tam.: M	rolo	02.	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Aladura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	un		Mononylon nº 2.0	env	02.
Equipo p/ transfusão sanguínea	un		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº 24	un	01	Prolene nº	env	
Luva estéril nº 7,0/7,5/8,5	par	02/02/02	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº	par	05	Vicryl nº 1	env	01
Scalp nº	un		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº	un				
Sonda foley 3 vias nº	un				
Sonda nasogástrica nº	un				
Sonda vesical simples nº	un				
Coletor de urina	un		O2	m³	
Clamp umbilical	un		Cateter O2		01
			Bisturis diamantes		03
			Seringas 5cc		01
			10cc		01
			20cc		01

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM [X] NÃO [ ]

QUAL O MATERIAL USADO? placas, parafusos e agulha.

FEZ BIOPSIA? SIM [ ] NÃO [X]

QUE PEÇA? _____

ASSINATURA / CARIMBO: Nazareno DATA: 10 / 05 / 17.

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

HEDA
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde

Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

PACIENTE: Antonio Luis dos Santos 45 anos

DATA: 15.05.2017 HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A 10:00

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirurgico de fratura plato tibial

TIPO DE ANESTESIA: Raqui

ALERGIA A: Nega alergia medicamentosa

INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:

SINAIS VITAIS	HORÁRIOS									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1h30	2h	2h30	3h	SAÍDA
P.A.	86/60	101/64	103/68	95/66						
F.C./ PULSO	59	56	58	60						
TEMPERATURA	34,3	34,4	34,4	34,3						
OXIMETRIA	100	100	100	100						
FRENQ. RESPIRATÓRIA	15	17	12	11						

Escala de Aldrete e Krorlik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'		Saída
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao Chamado = 0	2	2	2	2			2
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	2	2	2	2			2
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispneia = 1 Apnéia = 0	2	2	2	2			2
CIRCULAÇÃO 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	1	2	2	2			2
SpO_2 Mantém SpO_2 > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO_2 > 90% em O_2 = 1 Mantém SpO_2 < 90% em O_2 = 0	2	2	2	2			2
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	9	10	10	10			10

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Alta da SRPA com _____ pontos, às _____ horas. Anestesista: Franco de Melo Cunha
CPF: 820.218.623-34
CRM-PI 3425
Anestesiologista

Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)	0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestesias regionais: Raquianestesia ou Anestesia Peridural):

Parâmetro	Valor
Sem bloqueio motor	0
Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna.	1
Pode mover apenas o pé.	2
Não pode mover pé ou joelho	3

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

HEDA
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde

Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

PACIENTE: Antonio Luis dos Santos 45 anos		ALERGIA A:
DATA: 15.05.2017	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A 10:00	Nega alergia medicamentosa
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirurgico de fratura plato tibial		
TIPO DE ANESTESIA: Raqui		
INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:		

SINAIS VITAIS	HORÁRIOS									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1h30	2h	2h30	3h	SAÍDA
P.A.	86/60	101/64	103/68	95/66						
F.C./ PULSO	59	56	58	60						
TEMPERATURA	34,3	34,4	34,4	34,3						
OXIMETRIA	100	100	100	100						
FREQ. RESPIRATÓRIA	15	17	12	11						

Escala de Aldrete e Krorlik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'		Saída
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao Chamado = 0	2	2	2	2			2
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	2	2	2	2			2
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnoia = 1 Apnéia = 0	2	2	2	2			2
CIRCULAÇÃO 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	1	2	2	2			2
SpO_2 Mantém SpO_2 > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO_2 > 90% em O_2 = 1 Mantém SpO_2 < 90% em O_2 = 0	2	2	2	2			2
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	9	10	10	10			10

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

Alta da SRPA com_____ _____ pontos, às ... _____ horas. Anestesista: Isaac de Melo Cunha
CPF: 800.718.623-34
CRM-PI 3423
Anestesiologista

Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)	0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máximo)

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestesias regionais: Raquianestesia ou Anestesia Peridural):

Parâmetro	Valor
Sem bloqueio motor	0
Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna.	1
Pode mover apenas o pé.	2
Não pode mover pé ou joelho	3

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
PARNAÍBA - PI

GOVERNO DO PIAUÍ

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Antonio Luis IDADE _____ LEITO CTR DATA 11/05/17

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	QUANT.	EVOLUÇÃO MÉDICA
(1) Dieta livre			Pós 4 Trauma Mão E Lesão c/ Fixador Externo Punho
(2) SF 0,9% 500 ml IV			
(3) Dipirona 1 amp AD 1 amp	1V 6/6h SN		
(4) Voltaren 1 amp	1M 12/12h ~~18~~	06	Pede => Ent. Planalto Natal
(5) Cefalotina 1g IV	4/4h. ~~18~~ ~~22~~ 02 06		
(6) Heparina 5000	UI SC 12/12h ~~18~~	06	
(7) SSVVT 4/4 06			

PJ CORRETORA DE SEGUROS 09 JUL 2018 DPVAT

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 9846

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 9846

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
PARNAÍBA - PIAUÍ

HEDA
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇ
DE ENFERMAGEM

NOME Antonio Luis Santos IDADE ____ LEITO 11-3 DATA 14/05/1

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
			23:50s. Paciente lúcido
			consciente, orientado
			físico, em repouso no
			leito, apresentando
			fratura de tíbia, sem
			em repouso no leito
			aguardando ortopedista
			Maria Elizete Braga Campo Técnico de Enfermagem COREN-PI 24322 CPF 004.298.927-21
			16/05/17 às 15:00 Re
			lizado curativo em
			MIE, sutura com sec
			ção sanguinolenta.

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 14/05/17	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 1000 ML EV PMV CEFALOTINA 1G EV DE 4/4HS HEP SODICA 5000 UI SC DE 12/12HS DIPIRONA 2ML EV DE 6/6 h S/N VOLTAREN 1 AMP IM 12/ 12 HS S/N SSVV + CCGG			PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL SOL EXAMES PRE OP

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia Traumatologia
CRM 8334 / TEOT 9846

HEDA	ANTONIO LUIS SANTOS	N° DO PRONTUÁRIO: 11	N° Fl 03

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIARIA
Fone: (86) 3323-7188
CEP: 64216-470 - PARNAIBA/PI

Data de Nascimento	Endereço
22/01/1972	POV.MARFIM, 0 - ZONA RURAL MILTON BRANDAO/PI

10-02

Paciente ANTONIO LUIS DOS SANTOS Nº DO ATENDIMENTO 012154 IDADE45 ANOS,4 MESES,20 ENF:027 LEITO: 2701

Data	Prescrição Médica	Horário de Medicação	Quant	Evolução Médica
	Pos op			
1	Dieta zero			Pos. op
2	SF 0,9% 1500 ml	1V		A/ intercorrencias
	SG 5% 1500 ml			
3	Dipirona - 1amp	1V		
	AD - 1amp	6/6h SN	18	06
4	Vo 1 tarem 1amp	1M 12/12h	18	06
5	Cefalotina 1g	1V 4/4h	18	06
6	Heparina 5000 UI	SC 12/12h	18	06
7	SSVVTCUOe			

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 9846

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 9846

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 16/05/17	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 1000 ML EV PMV 1º CEFALOTINA 1G EV DE 4/4HS HEP SODICA 5000 UI SC DE 12/12HS DIPIRONA 2ML EV DE 6/6 h S/N VOLTAREN 1 AMP IM 12/ 12 HS S/N CURATIVO SSVV + CCGG		POS OP RX OK

HEDA	ANTONIO LUIS SANTOS	Nº DO PRONTUÁRIO: 10	Nº FI 01

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 9846

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:	DATA: 17/05/17	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
ALTA HOSPITALAR//			2 PO DE REDUÇÃO CIRURGICA+FIXAÇÃO DA FRATURA DO PLATO TIBIAL EVOLUI BEM FO:OK RX:OK

Dr Fabricio O. Almeida
Ortopedista/Traumatologista
CRM/PI 2822 - TEOT 2509

HEDA	ANTONIO LUIS SANTOS	N° DO PRONTUÁRIO: CORREDOR	N° FI

GOVERNO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES – CERIH

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 07/05/17 HORA:_____ Nº DOTELEFONE: 9. 9925-0506

HOSPITAL SOLICITANTE MRCB MUNICIPIO Piripiri

MÉDICO: Dr. Renato Jorge CRM: 2422

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria (X) Outro Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antonio Luis dos Santos

Data do Nascimento 10.04.1975 Idade: 42 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

RG ou CPF_____ Cartão Nacional de Saúde 700.5091.2543.4150

Município de Procedência Milton Brandão

HDA: Fratura de mmii pelvis

HD: Fx. pelvis instável

ESCALA DE GLASGOW:_____

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 – Espontânea	5 – Orientado	6 – Obedece a comandos
3 – Comandos	4 – Confusa	5 – Localiza dor
2 – A dor	3 – Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 – Nenhuma	2 – Palavras incompreensíveis	3 – Flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 – Extensão anormal
		1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax.____°C - P:_____bpm R:____ mrm PA:_____mmHg Sat O_2 _____ Glicemia:_____mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa_____

( ) Aspiração ( ) Medicação (especificar) _____

( ) Curativo ( ) Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

_____

_____

_____

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HEDA

Clínica/Posto:_____ Senha: 2017 0509 17859

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA,
RODOVIARIA,PARNAIBA/PI - 64216-170
CNPJ: 06553564015593
(86) 3323-7188 - ( ) -

Ficha de Atendimento (Emergencia)

Atendimento:P0184162 Registro:113343
Data: 05/06/2017 Hora: 10:24:00
Funcionario:SIMONE Tipo:CONSULTA
Senha 129 Sexo: MASCULINO
SUS

ANTONIO LUIS DOS SANTOS CPF: - RG: - SUS: 700507125434150
Nasc.: 22/01/1972 Idade: 45 ANOS,5 MESES,14 DIAS Profissão: Civil: CASADO(A) CEP:64253-000
End.:POV.MAREIM, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **MILTON BRANDAO/PI**
Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: MARIA DA SOLIDADE Pai:

Clinica: ***CLÍNICA MÉDICA*** Demanda: AMBULACIA Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060061 01 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
CONSULTA (ACOLHIMENTO)

História Clínica/Exame físico: Hora: ____:____
→ Histórico de cirurgia ☐ Internação
há 30 dias.

Exames Complementares:

Diagnostico provavel: Raio X do joelho

RAIO X
DATA: 05/06/17
ASSINATURA

Prescrição Médica: Avaliação do ortopedista.

Pedro Moraes Mota
Médico
CREMEC 12443

Deslocamento de fragmento cirúrgico

Anotações da Classificação de Risco Hora: 10:34:35

Prioridade:
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: QUEIXA DE DOR EM MIE E REFERINDO DEISCENCIA DE SUTURA. SIC.

Alergias: **Medicação Usual:**

PA: 90x60 mmHg TAX: 0ºc FR: 0 mrpm SAT 02: 0 Dor:
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

Observação:

Conduta: AO CLINICO GERAL

Luciano de Sousa Brandão
Enfermeiro
COREN-PI 128290 ENF

128290 - LUCIANO DE SOUSA BRANDAO
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta Hora:
☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia **Destino:**

ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA
Paciente ou Responsável

100 - MEDICO DE PLANTAO
Médico Responsável

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
2 - CNES: 8015899
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
4 - CNES: 8015899

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO LUIS DOS SANTOS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 113343
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700507125434150
8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1972
9 - SEXO: Masc. X 1 Fem. 2
10 - NOME DA MÃE: MARIA DA SOLIDADE
11 - TELEFONE DE CONTATO: (08) 9811-63911
12 - ENDEREÇO: POV MARFIM 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MILTON BRANDÃO
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2208357
15 - UF: PI
16 - CEP: 64253-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Queda de moto
dor e edema
e perda de movimento

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO:

Necessita de tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Aparelho de fixação tipo gesso

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura tíbia E.
21 - CID PRINCIPAL: Z498
22 - CID SECUNDÁRIO:
23 - CAUSAS ASSOC.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tibia Externa
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408060352
26 - CLÍNICA: ORTOPEDIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 700117613-35
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Bernardo Sousa
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/06/2017
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM): Dr. Bernardo Sousa Filho Ortopedista Traumatologista CRM - PI 2023 TEOT 8608

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. EFETIVO
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE EMPRESA
41 - CRQR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AIH : 2317016025-4
Estabelec.: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCO VERDE Prontuário: 113343
ANTONIO LUIS DOS SANTOS
Nascimento: 22/01/1972
Procedi. : 0408060352-RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSE
Dt.Autoriza: 07/06/2017
Dt.Sistema: 07/06/2017

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - Nº DE INTERNAÇÃO HOSP.
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CA

Dr. Wilson Santana
Médico Auditor
CRM – PI nº 3775

Atendimento:	1012739
Data:	05/06/2017
Hora:	11:36

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650
PARNAIBA/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
SIMONE

113343 - ANTONIO LUIS DOS SANTOS

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/01/1972 - 45 ANOS,5 MESES,14 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 027- CORREDOR Leito: 2714 Convênio: *SUS*

Escolaridade: Médico: 3611 - ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO

CPF: RG: C/N: SIS Prenatal:

Endereço: POV.MARFIM, Nº 0 - CEP: 64253-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2206357- MILTON BRANDAO/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: Mãe: MARIA DA SOLIDADE

Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - ( ) - - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

Curado	Removido	-48 Horas
Melhorado	Pedido	+48 Horas
Inalterado	Evasão	Obito
Piorado	Indisciplina	

Transferido

História Clinica

infecção em sítio de cirurgia com exposição de placa

Diagnóstico Provavél Infecção cirurgica

Antonio Lisboa da Silva Filho
Ortopedista
CRM-PI 1201

ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 08/06/14	SALA 03
PRONTUÁRIO	

PACIENTE Antonio Luiz dos Santos	IDADE	DATA DE NASC / /	PESO	SEXO M
PROCEDIMENTO			ESTADO FÍSICO ASA	

PRESSÃO ARTERIAL 120x70	FC 60	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS
HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO		GLICEMIA	UREIA	CREATININA	

OXIGÊNIO
SEVOFLURANO

G SG 5% | F SF 0,9% | R RINGER | H (COLÓIDE) | P PLASMA | concentrado hemácias

Sal — Jp — Ma

SaO2 (%) 99 99 99 99 99
FiCO2 M M M M

CÓDIGOS
V - P.A. SISTÓLICA
A - P.A. DIASTÓLICA
⊥ - P.A. MÉDIA
G - TEMP.
X - INICIO E FIM DA ANESTESIA
• - FREQ. CARDÍACA

220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SÍMBOLOS
DIURESE

SEQUÊNCIA

Jelonfrom
Midazolam
Dexa 23-h
Anestesia
Venosa
Bupivacaina 12mg
Morfina 0,03g
Cefazolina 1g
Dopamina 4g
Midazolam 5mg
Fentanil 2mL

INICIO FIM
DURAÇÃO

Técnica Anestésica Raquianestesia
Observações:

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☐ ___
☐ PAM ☒ PANI ☐ Capnógrafo ☐ ___

GASES	L/min.	Inicio	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina		Amp	Dopamina		Amp	Neostigmina		Amp	Remifentanil		Frasc
Adrenalina		Amp	Dormonid		Amp	Nipride		Amp	Ranitidina		Amp
Água dest. 10ml		Amp	Efortil		Amp	Noradrenalina		Amp	Ringer-Lactado		Frasc
Cipro 200mg		Frasc	Efedrina		Amp	Neocaine 0,5% pesado		Amp	Sufentanil		Amp
Cefazolina 1g		Amp	Fentanil (s/cons)		Amp	Neocaine 0,5% isobar		Amp	S. Fisiológ. 0,9%		Frasc
Clonidina		Amp	Fentanil (frasco)		Frasc	Omeprazol		Frasc	S. glicosado 5%		Frasc
Colóide ( )		Frasc	Sevoflurano		Ml	Pancurônio		Amp	Atracúrio		Amp
Dexametasona		Amp	Hidrocortisona		Frasc	Profenid		Amp	Transamin		Amp
Diazepam		Amp	Isoflurano		Ml	Propofol		Frasc	Novalgin 0,5% v		Frasc
Dimorf		Amp	Manitol		Frasc	Protamina		Amp	Lidocaina 2 % v		Frasc
Dipirona		Amp	Metronidazol		Frasc	Quelicin		Frasc			
Dobutamina		Amp	Narcan		Amp	Quetamina		Frasc			

Carlos de Melo Cunha
Anestesiologista
CRM-PI 3423
Anestesiologista

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: Antonio Paulo Sousa	IDADE: DATA DE NASC: / /
DIAGNÓSTICO: Fratura A tíbia	OPERAÇÃO: Fixação e Externa
DATA: 08/08/19	INTERVENÇÃO:
CIRURGIÃO: Dr. Bernardo	AUXILIARES: Dr. Paulo
ANESTESISTA: Dr. Evaldo	
PRÉ-MEDICAÇÃO:	
INTERVENÇÃO: INÍCIO	TÉRMINO / DURAÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO
(TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

1) Corte em face lateral da perna esquerda
2) Exposição da fratura e redução externa e no RX.
3) Feito fixador externo
a placa em "L" e parafusos
4) Feito tipoia e proteção da ferida
5) Sutura em planos
6) curativo

Bernardo Sousa Filho
Ortopedista / Traumatologista
CRM - 2023 TEOT BSB

Agua estéril 10ml	amp	01	Pancurônio	amp	
Atropina	amp	02	Petidina 50mg/2ml	amp	
Clorpromazina	amp		Plasil 10mg	amp	
Dexametazona 4mg/2ml	amp		Propofol 1%, 20ml	amp	
Diazepam 10mg	amp		Prostigmine	amp	
Dimorf	amp	01	Soro Fisiológico 0,9%, 500ml	fr	
Dopamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	fr	
Dormonid 15mg/3ml	amp	01	Soro Ringer c/ lactado	fr	
Efortil 10mg/1ml	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Enflurano	ml		Suxametônio 100mg	fr	
Fenergam 50mg	amp		Tionembutal	fr	
Fentanil	fr	01	Transamin	amp	
Halotano	ml		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
Haloperidol	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
Ketalar	fr		Xilocaina 5% (pesada)	fr	
Melhergin	amp		ceftriaxone 1g	fr	01
Naloxona	amp		dipirona	amp	02
Neocaina c/ vaso	amp				
Neocaina pesada	amp	01			
Neocaina s/ vaso	amp				

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Abocath nº 20	un	01	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 25x7 + 40x12	un		Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº 27	un	01	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Aladura de crepom lam.:	rolo	03	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Aladura gessada tem.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	un	01	Mononylon nº 3 - 0	env	02
Equipo p/ transfusão sanguínea	un		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº 24	un	01	Prolene nº	env	
Luva estéril nº 7, 0 7,5 8 0	par	06	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº M	par	06	Vicryl nº	env	
Scalp nº	un		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº	un		Seringas 5, 10, 20	ml	05
Sonda foley 3 vias nº	un		Povidine tópica		
Sonda nasogástrica nº	un		Cateter		
Sonda vesical simples nº	un		O2 3L	m3	
Coletor de urina	un		Compressas		
Clamp umbilical	un		Gazes		

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM [ ] NÃO [ ]

QUAL O MATERIAL USADO? fixador externo

FEZ BIOPSIA? SIM [ ] NÃO [ ]

QUE PEÇA? _____

ASSINATURA / CARIMBO: Francisca DATA: 08 / 06 / 12

0686358401 5595

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PRONTUÁRIO: 113.343 PACIENTE: I012739 ANTÔNIO LUIS DOS SANTOS: ENF./LEITO: 027/2714

INICIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA. DURAÇÃO: _____ HORA CIRURGIA: _____

CIRURGIÃO: Osmar 1º AUXILIAR: Bernardo ANESTESISTA: Dr. Franco

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Adrenalina	amp		Ocitocina	amp	
Água estér. 10ml	amp	01	Pancurônio	amp	
Atropina	amp	02	Petidina 50mg/2ml	amp	
Clorpromazina	amp		Plasil 10mg	amp	
Dexametazona 4mg/2ml	amp		Propofol 1%, 20ml	amp	
Diazepam 10mg	amp		Prostigmine	amp	
Dimorf	amp	01	Soro Fisiológico 0,9%, 500ml	fr	
Dopamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	fr	
Dormonid 15mg/5ml	amp	01	Soro Ringer c/ lactado	fr	
Efortil 10mg/1ml	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Enflurano	ml		Suxametônio 100mg	fr	
Fenergan 50mg	amp		Tiopentabutal	fr	
Fentanil	fr	01	Transamin	amp	
Halotano	ml		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
Haloperidol	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
Ketalar	fr		Xilocaina 5% (pesada)	fr	
Melhergin	amp		ceftriaxona 1g	fr	01
Naloxona	amp		dipirona	amp	02
Neocaina c/ vaso	amp				
Neocaina pesada	amp	01			
Neocaina s/ vaso	amp				

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Abocath nº 20	un	01	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 25x7 + 40x12	un		Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº 27	un	01	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Aladura de crepom tam.:	rolo	03	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Aladura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	un	01	Mononylon nº 5 - 0	env	02
Equipo p/ transfusão sanguínea	un		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº 24	un	01	Prolene nº	env	
Luva estér. nº 7,0 7,5 8 0	par	06	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº M	par	06	Vicryl nº	env	
Scalp nº	un		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº	un		Seringas 5, 10, 20	ml	05
Sonda foley 3 vias nº	un		Povidine tópico		
Sonda nasogástrica nº	un		Cateter		
Sonda vesical simples nº	un		O2 3L	mm3	
Coletor de urina	un		Compressas		
Clamp umbilical	un		Gazes		

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM [ ] NÃO [ ]

QUAL O MATERIAL USADO? fixador externo

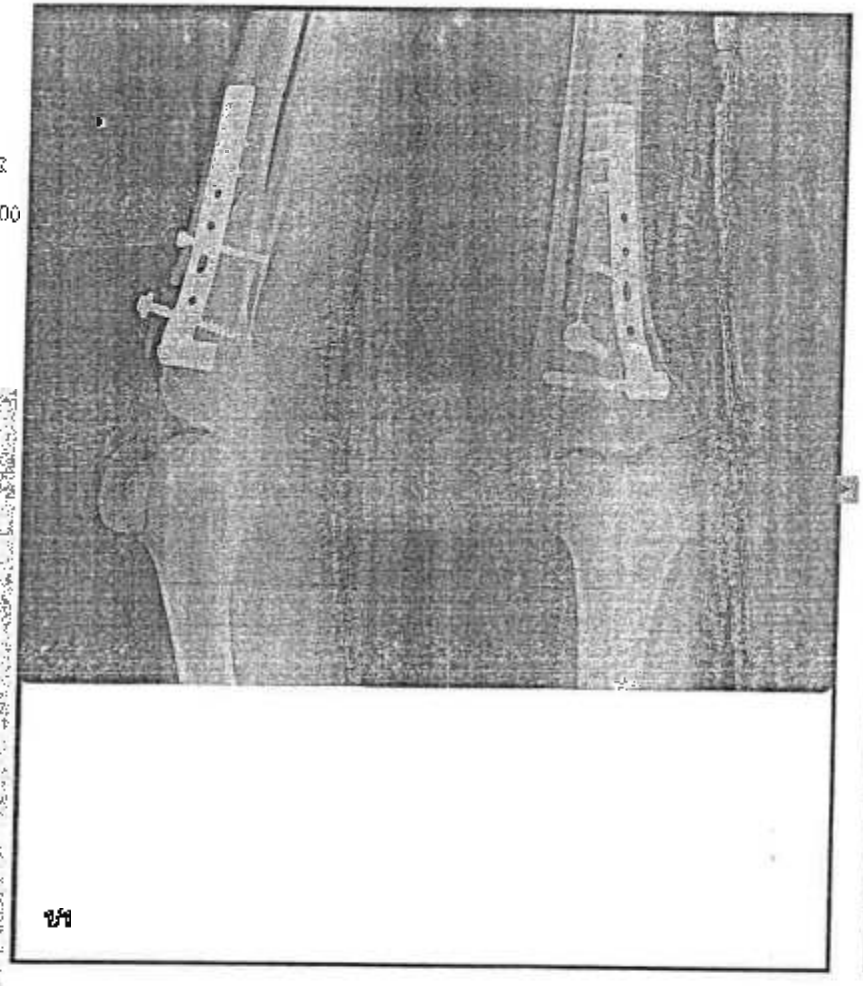
FEZ BIOPSIA? SIM [ ] NÃO [ ]

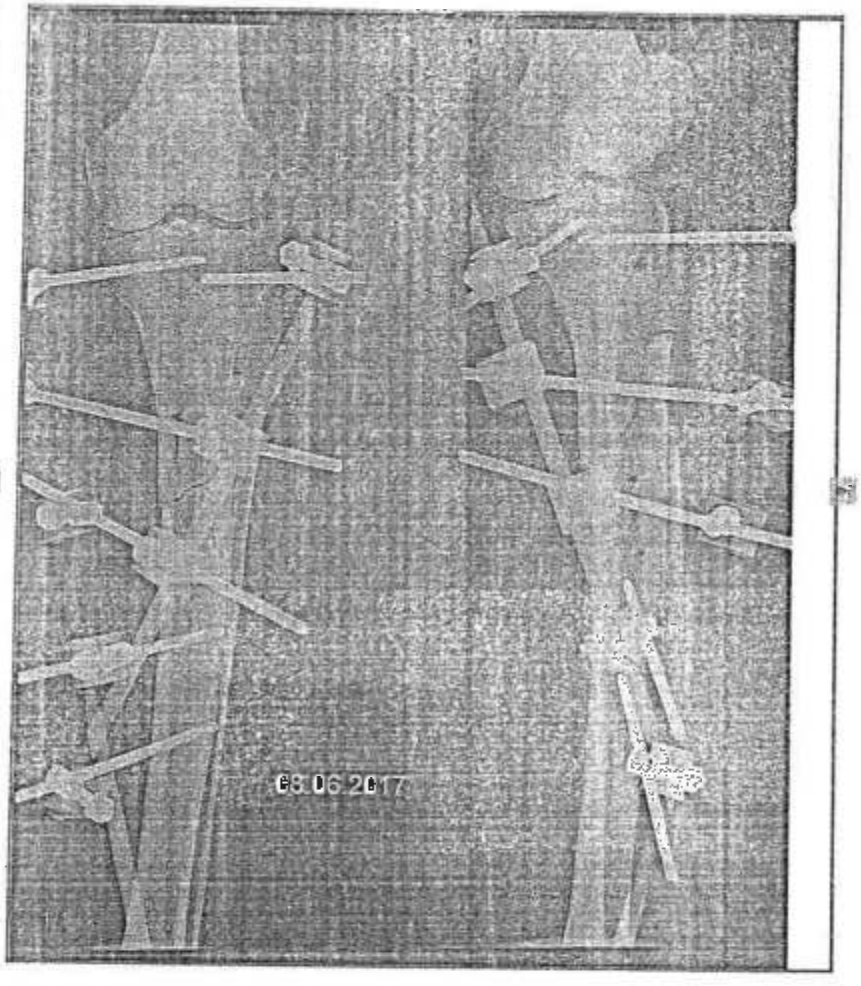
QUE PEÇA? _____

ASSINATURA / CARIMBO: Francisco DATA: 08 / 06 / 11

ANTONIO LUIS DOS SANTOS
Data do Estudo: 2017-06-05
ID do Paciente: P0184163
ID do Estudo: 20170605111162100
Estrutura:

Série	Descrição
1001	
1002	





RECEBEMOS DE BIOSINTESE COM E IMP DE MAT MEDICO HOSPITALAR E IMPLAN LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000073617
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BIOSINTESE COM E IMP DE MAT MEDICO HOSPITALAR E IMPLAN LTDA
RUA AREA LEAO, 590 - CENTRO - CEP:64001-130 - TERESINA - PI
TEL: (86)3222-7366 - FAX: (86)3229-2286
www.biosintesepima.com
biosintese@biosintese.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000073617 FL. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
2217 0603 5125 6600 0190 5500 1000 0736 1710 0073 6177

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 422170007521168 12/06/2017 16:02:52

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 194446301

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.:

CNPJ: 03.512.566/0001-90

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

CNPJ / CPF: 06.553.564/0155-93

DATA DA EMISSÃO: 12/06/2017

ENDEREÇO: RUA RICARDO RODRIGO COIMBRA, 1650

BAIRRO / DISTRITO: RODOVIARIA

CEP: 64216-470

DATA SAÍDA / ENTRADA: 12/06/2017

MUNICÍPIO: PARNAIBA

FONE / FAX: (86)3323-7188

UF: PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC	VALOR
73617-1	12/07/2017	692,47									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	692,47

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	692,47

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA: 2 - TERCEIROS

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX				

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
508 2 209	0702030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR - SARTORI SISTEMA DE FIXACAO OSSEA LINEFIX FEMUR T 350 LOTE:082855 ;CNPJ:04.861.623/0001-09 Registro:80083650031 Val: 30/03/2022	90211020	040	5102	UN	1,00	578,87	578,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AF35 6 680	0702030805 - PINO DE SHANTZ - SARTORI PINO INTRAMEDULAR OSSEO RXCX4,5X200X7 LOTE:082815 ;CNPJ:04.861.623/0001-09 Registro:80083650026 Val: 30/03/2022	90211020	040	5102	UN	4,00	28,45	113,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PROCEDIMENTO AUTORIZADO PELO AJUSTE SINIEF 11/2014 -VALOR APROXIMADO DO IMPOSTO
CONF FONTE IBPT |
PACIENTE: ANTONIO LUIZ DOS SANTOS - CIRURGIA: 08/06/2017
| MEDICO: BERNARDO DE OLIVEIRA SOUSA FILHO
| HOSPITAL: HEDA
| CONVENIO: SUS |

| KIT -> Qtdade:1 - FIXADOR EXTERNO LINEAR -> 0702030406 |
| KIT -> Qtdade:4 - PINO DE SHANTZ -> 0702030805 |

RESERVADO AO FISCO

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIARIA
Fone: (86) 3323-7188
CEP. 64216-470 - PARNAIBA/PI

Data de Nascimento	Endereço
22/01/1972	POV.MARFIM, 0 - ZONA RURAL MILTON BRANDAO/PI

Paciente ANTONIO LUIS DOS SANTOS Nº DO ATEMDIMENTO 1012739 IDADE45 ANOS,6 MESES,14 ENF:027 LEITO: 2714

Data	Prescrição Enfermagem	Horário de Medicação	QUANT	Evolução Enfermagem

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

HEDA
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde

Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

PACIENTE: Antonio Luís dos Santos 42a.		ALERGIA A:
DATA: 08/06/17	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A 15:05	
CIRURGIA REALIZADA: Retirada de sintese + colocação de fixador		
TIPO DE ANESTESIA: raqui		
INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:		

SINAIS VITAIS	HORÁRIOS									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1h30	2h	2h30	3h	SAÍDA
P.A.	118 X 68	123X78	123 X 73							
F.C./ PULSO	60 bpm	63 bpm	68 bpm							
TEMPERATURA	35°C	35°C	35,2°C							
OXIMETRIA	100%	100%	100%							
FREQ. RESPIRATÓRIA	15 rpm	16 rpm	16 rpm							

Escala de Aldrete e Krorlik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'		Saída
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao Chamado = 0	2	2	2				
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	2	2	2				
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispneia = 1 Apnéia = 0	2	2	2				
CIRCULAÇÃO 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2	2	2				
SpO_2 Mantém SpO_2 > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO_2 > 90% em O_2 = 1 Mantém SpO_2 < 90% em O_2 = 0	2	2	2				
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	10	10	10				

Alta da SRPA com _____ pontos, às _____ horas. Anestesista: _____

Francisco de Melo Cunha
CPF: 300.719.643-34
CRM-PI 3423
Anestesiologista

Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
0 1 2 3 4 5 (Sem Dor) (Dor Máxima)	0 1 2 3 4 5 (Sem Dor) (Dor Máxima)

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestesias regionais: Raquianestesia ou Anestesia Peridural):

Parâmetro	Valor
Sem bloqueio motor	0
Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna.	1
Pode mover apenas o pé.	2
Não pode mover pé ou joelho	3

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIARIA
Fone: (86) 3323-7188
CEP: 64216-470 - PARNAIBA/PI

Data de Nascimento	Endereço
22/01/1972	POV.MARFIM, 0 - ZONA RURAL MILTON BRANDAO/PI

CORP

Paciente ANTONIO LUIS DOS SANTOS Nº DO ATEMDIMENTO 1012739 IDADE45 ANOS,5 MESES,14 ENF:027 LEITO: 2714

Data	Prescrição Médica	Horário de Medicação	Quant	Evolução Médica
	(1) Dieta livre			
	(2) SF 0,9% 1000 ml 8/8 EV / 24h			
	SG 5% 500 ml			
	(3) Ceftriaxone 1g EV 12/12h 24 validade			
	(4) Dipirona 01 amp EV 6/6h ~~24~~ ~~06~~ validade			
	(5) Curativos diários.			
	(6) CC 6L SJVV			

Antonio Lisboa da Silva Filho

CLÍNICA ORTOPÉDICA		
PRESCRIÇÃO: DATA: 06/06/17	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE ACESSO VENOSO. DIPIRONA 1AMP IM 6/6H SN TRAMAL 100 MG + SF 100 ML EV 08 EM 08 H VOLTAREM IM 12 / 12 H HEPARINA 500 UI SC 12 EM 12 H SSVV + CCGG		DEISCENCIA DE PELE POS TTO CIRURGICO HEMOGRAMA CIRURGIA PROGRAMADA PRA quinta-feira RETIRADA DE SINTESE + COLOCACAO DE FIXADOR EXTERNO

HEDA	NOME DO PACIENTE:	Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº FI
	ANTONIO LUIS DOS SANTOS	CORR	

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia-Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 9846

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 07/06/17	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE ACESSO VENOSO. DIPIRONA 1AMP IM 6/6H SN TRAMAL 100 MG + SF 100 ML EV 08 EM 08 H VOLTAREM IM 12 / 12 HS SSVV + CCGG Ortopedista/Traumatologista CRM/PI 2822 - TEOT 3500		DEISCENCIA DE PELE POS TTO CIRURGICO HEMOGRAMA CIRURGIA PROGRAMADA PRA quinta-feira RETIRADA DE SINTESE + COLOCACAO DE FIXADOR EXTERNO

HEDA	NOME DO PACIENTE:	Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº Fl
	ANTONIO LUIS DOS SANTOS	CORR	

GOVERNO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PI

GOVERNO DO PIAUÍ

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Antonio Luis Souza IDADE ____ LEITO ____ DATA 24/06/22

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	QUANT.	EVOLUÇÃO MÉDICA
Pós operatório			Pte em
			fratura
Dieta livre qui			de
aceitar após exame			Pacto ortopedia
② Dipirona 1000mg	1	2	e cirurgia e
③ Ceftriaxona 1,0g IV	24/06/22		pós operatório
12 12/12h			
④ Dipirona 2,5 mL	24/06/22		
IV 6/6h, SN			
⑤ Dexametasona 4mg IM de			
12 12/12h			
⑥ Sinvastatina			

Dr. Bernardo Sousa Filho Ortopedista / Traumatologista CRM-2023 TEOT 6509

Dr. Bernardo Sousa Filho Ortopedista / Traumatologista CRM-2023 TEOT 6509

JOSÉ GREGÓRIO XIMENES

Clínica Médica
Ortopedia
CRM-PI 862

RELATÓRIO

Em 03.5.2017, o Sr. Antonio Luiz dos Santos, RG = 1.303.771 SSP(PI), segurado inocente, sofreu acidente acto motociclístico com frat. do ⅓ proximal da tíbia à esq., exposto. CID = S82.2.

Fez tratamento cirúrgico ortopédico do hemo, com sintese. Evoluiu com infecção local e perda da redução. Fez novo cirurgia para limpeza mecânica com retirada do material de síntese, sendo colocado fixador externo, usado por um período de 06 meses.

Encontra-se de alta ortopédica, queixando-se de dor na perna esq. com esforços da deambulação.

Apresenta deformidade na região proximal da perna esq. e limitação do movimento de flexão do joelho em 170°.

C. Maior, 9.8.2018

Av. Santo Antonio, 253
Campo Maior - PI

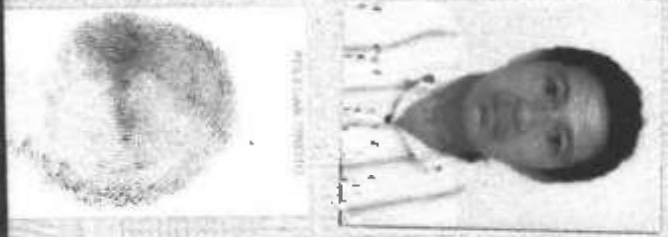
José Gregório Ximenes
Médico CRM - PI 862
Ortopedia e Traumatologia

Fone: (86) 3252-1713
8163-0019

PJ CORRETORA DE SEGUROS
17 AGO 2018
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Antonio Luis dos Santos

1546218

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.308.771 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/07/17

NOME
ANTONIO LUIS DOS SANTOS

FILIAÇÃO
MARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
CAPITÃO DE CAMPOS-PI 22/01/1972

NATRICULA: CERT.NASC.

DOC. ORIGEM
140533015519911000162980018709 59

EXP CAPITÃO DE CAMPOS-PI 29/05/17

CPF

1546218

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
ASSINATURA DO DIRETOR
Perito Criminalístico Policial Cl

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
510.212.263-00

Nome
ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Nascimento
22/01/1972

CÓDIGO DE CONTROLE
84C2.AE15.E32C.BA07

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:29:46 do dia 31/01/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSÉ DE MACEDO MORAES

2724280 SSP PI

CPF 048.056.943-60

DATA NASCIMENTO 12/04/1990

FILIAÇÃO
ANTONIO FRANCISCO MORAES
ANA CELIA DE MACEDO MORAES

[redacted] [redacted] CATEGORIA AB

Nº REGISTRO 04903349911

VALIDADE 20/04/2020

PRIMEIRA HABILITAÇÃO 20/07/2010

OBSERVAÇÕES

LOCAL CAMPO MAIOR

DATA DE EMISSÃO 24/04/2015

10681772847
PI315842144

DETRAN PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1087240743

PRIMEIRA PLASTIFICAÇÃO

1087240743

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012428298820
012017035387 9

05119 25920 70985 ee434 4df0b 4700e d7715 4e688 50a57 ec7f9 78cc3 808eb 4b685 1146c 33721 kc682 10083

DENATRAN

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
1	01018522856		2017

NOME
ANTONIO JOSE CARNEIRO
****
****

CPF/CNPJ	PLACA
99146290834	PIC-5057

PLACA ANT/UF	CHASSI
-	9C2KD0550ER114206

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES	2014	2014

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0149CC	PARTIC	PRETA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
	****	0	1ª
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª
		00000000	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO		PAGO	

OBSERVAÇÕES
PBT: 000.29
SEM RESTRICOES

LOCAL	DATA
JATOBA DO PIAUI	29/08/2017

ANDRÉ MATTOS DO REGO LOBNO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

CONTRAN

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

PI Nº 012428298820 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	29/08/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	99146290834	PIC-5057

RENAVAM	MARCA / MODELO
01018522856	HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.	CIL DIAB.	Nº CHASSI
2014		9C2KD0550ER114206

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNB (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
081,28	009,03	090,31

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL REPASSO SEGURADO (R$)
004,15	000,70	185,50

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA	[ ] PARCELADO	28/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

CONTRAN DETRAN

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312022 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO LUIS DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: SINISTRADO EVOLUIU COM DOR, DEFORMIDADE CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TERÇO PROXIMAL DE PERNA ESQUERDA, ACENTUAÇÃO DO VARISMO DO TERÇO PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA, RESTRIÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A ESQUERDA COM REPERCUSSÃO EM SUA MARCHA.
DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA DAS FRATURAS. NÃO FEZ O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DESCRITO. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2018

Conduta mantida:

Observações: *REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: ANTONIO LUIS DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: LAVRADOR
Identidade: 1.308.771 CPF: 510.212.263-00
Endereço: LOCALIDADE MAREIM Bairro ZONA RURAL
Cidade: MILTON BRANDÃO DO PIAUI CEP 64253-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: JOSE DE MACEDO MORAES
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO
Profissão: AUTONOMO
Identidade: 2.724.200 CPF: 048.056.943-60
Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANT, 852 Bairro CENTRO
Cidade: CAMPO MAIOR CEP 64.280-000

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para Documentos, Declaração de Ausência de laudo do IML, Autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito comprimento deste mandato; da qual figura como vítima, ANTONIO LUIS DOS SANTOS
Ocorrido acidente de trânsito.

Local: CAMPO MAIOR UF: PI, Data: 09 de MAIO de 2018.

Cartório Único
Campo Maior-PI

Antonio Luis dos Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

ORIGINAL

Cartório Único de Campo Maior
AVENIDA JOSÉ PAULINO, CENTRO - Nº 504, CAMPO MAIOR - PIAUÍ
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO LUIS DOS SANTOS
EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. CAMPO MAIOR, 09/05/2018 12:46
AMANDA ALCANTARA FERREIRA - ESCREVENTE
Emol: 3.71 TJ: 0.74 Selo: 0.25 Total: 4.70
Cartório Único de Campo Maior
Amanda Alcântara Ferreira
- Escrevente -

CAMPO MAIOR - PI
Selo de Autenticidade
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABC-30859

PJ CORRETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018