

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0802121-28.2019.8.18.01 x Merge PDF files online. x

Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=305993&ca=9a04c079f04e776f... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0802121-28.2019.8.18.0065
ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCI...

11275928 - CONTESTAÇÃO (2742486 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/08/2020 10:21:06

12 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11275927 - CONTESTAÇÃO
 - 11275928 - CONTESTAÇÃO (2742486 CONTESTACAO 01)
 - 11275930 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11275933 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11275935 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed vweb)
 - 11275937 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11275938 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

30 Jul 2020

downloadBinario.seam 1 / 10

2742486- C3/ 2020-02966/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PEDRO II/PI

Processo: 08021212820198180065

Ativar o Windows
Ative as configurações de computador para ativar o Windows.

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos x

10:22 12/08/2020



Número: **0802121-28.2019.8.18.0065**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Pedro II**

Última distribuição : **04/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO (AUTOR)		CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11275927	12/08/2020 10:21	CONTESTAÇÃO	CONTESTAÇÃO
11275930	12/08/2020 10:21	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11275933	12/08/2020 10:21	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Segue em anexo juntada de contestação e processo administrativo



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04623

CONTA: 000000013508-9

Nr. da Autenticação 9CB01AC6D3EEC6CF



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO**

Nº Sinistro: **3180141780**

Vítima: **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO**

Data do Acidente: **18/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180141780**.

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.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

Carta nº 12596500

Pag. 01285/01286 - carta_01 - INVALIDEZ

00020643



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO**

Sinistro: **3180141780**

Vítima: **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO**

Data do Acidente: **18/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

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 3180141780** 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. 01265/01266 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12612326



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12709041

A/C: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO

Nº Sinistro: 3180141780
Vitima: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO
Data do Acidente: 18/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004623

Conta: 0000013508-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01337/01338 - carta_15R - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO**

Nº Sinistro: **3180141780**

Vítima: **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO**

Data do Acidente: **18/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180141780**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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. 0099/00992 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12996173



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO _____



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

EU, ANTONIO ROBERTO DE SOUSA CALLO
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.282.804 EXPEDIDO POR SSP - P EM 31/10/91 E
CPF 479246913-91 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO CAIXA Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4023 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13508-9

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

RECNO II, 07 de MARÇO de 2018

LOCAL E DATA

Antonio Roberto de Sousa Callo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG PEDRO II PI
DATA: 07/03/2018 HORA: 13:32:16
TERMINAL: 46231002 CONTROLE: 462310020544

AGÊNCIA: 4623 - PEDRO II
CONTA: 013.00013508-9
CLIENTE: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA

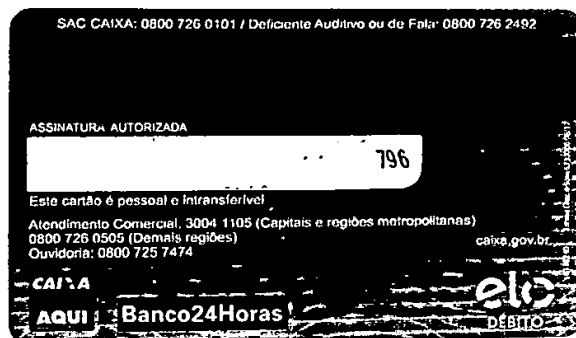
EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			0,00
Março			
07/03	000000	DEP.DINH.	10,00C
RESUMO EM 06/03			
SALDO			10,00C
RESUMO DO DIA			
SALDO BLOQUEADO			0,00
SALDO DISPONIVEL			10,00C
SALDO TOTAL			10,00C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Antonio Roberto de Souza Galvão

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.282.804 EXPEDIDO POR SSP - PI EM 31/10/91 E

CPF 479246913-91 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

Autorização de pagamento



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO CAIXA Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4623 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13508-9

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

PEDRO II.04 de JUNHO de 2018

LOCAL E DATA

Antonio Roberto de Souza Galvão
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







AUTO-ATENDIMENTO - AG PEDRO II PI
DATA: 30/05/2018
TERMINAL: 46231004
HORA: 14:38:07
CONTROLE: 462310040564

AGÊNCIA: 4623 - PEDRO II
CONTA: 013.00013508-9
CLIENTE: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
17/05 54,03

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR
853,79C

SALDO ANTERIOR

Maio

07/05	000000	REM BASICA	0,00C
07/05	000000	CRED JUROS	0,04C
09/05	090936	SAQUE ATM	800,00C
17/05	000000	REM BASICA	0,00C
17/05	000000	CRED JUROS	0,20C

RESUMO EM 29/05 54,03C
SALDO

RESUMO DO DIA 0,00
SALDO BLOQUEADO 54,03C
SALDO DISPONIVEL 54,03C
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





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

INV

1011 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000185/2018-38

Unidade de Registro: DP DE PEDRO II

Resp. pelo Registro: Guaraci Cordeiro De Almeida Bonfim

Data/Hora: 21/02/2018 - 15:06

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE PEDRO II

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PEDRO II

Endereço

ESTRADA QUE LIGA PEDRO II À LOC. AROEIRA, Nº:

Complemento

Data/Hora

18/12/2017 - 09:30

Boletim de ocorrência



Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

Mãe: FRANCISCA GONÇALVES DE SOUSA

Endereço: RUA LANDRI SALES, Nº 38

Complemento: BOA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Nome: EDUARDO CAFÉ MARTINS

Mãe: MARIA DE LOURDES CAFÉ MARTINS

Endereço: RUA ANGELO GONÇALVES, Nº 102

Bairro: CHAPADINHA

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Nome: REGINALDO DOS SANTOS BARROS

Mãe: MARIA EDITE DOS SANTOS BARROS

Endereço: RUA BENEDITO DE CASTRO, Nº 418

Complemento: BOA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: PEDRO II

CARTORIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFICIO
Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

CERTIDÃO

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA ESTA
CONFORME O ORIGINAL QUE CONFERI E
AO QUAL ME REPORTO E DOU FÉ
EM TESTE DA VERDADE

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. BROS150

Ano: Placa: Chassi:

2014 OVX2644 9C2KD0550ER326235

Renavam:

01001805906

Cor:

Branca

Condutor: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

End: RUA LANDRI SALES Número: 38 Complemento: BOA ESPERANÇA

Cidade: PEDRO II UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ROGEELE BRAGA UCHOA GALVÃO

Cidade: PEDRO II UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE SE DESLOCAVA NA MOTOCICLETA DE SUA ESPOSA, SENTIDO AROEIRA - PEDRO II; QUE NA ENTRADA DA CIDADE UM VEICULO D10 DE COR "CREME", CRUZOU SUA FRENTE DERREPENTE; QUE TENTOU FREAR, MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR O CHOQUE; INFORMA QUE FOI SOCORRIDO E LEVADO PARA O HOSPITAL JOSFINA PELO CONDUTOR DA D10, O SR. VALDO; QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE PIRIPIRI, POSTERIORMENTE PARA O NEUROCENRO EM TERESINA, LOCAL ONDE PASSOU POR CIRURGIA; QUE DO ACIDENTE SOFREU UMA FRATURA NO FEMUR DIREITO; QUE NÃO PRETENDE REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DA D10; QUE É HABILITADO; ERA O QUE TINHA A DIZER.

Boletim de Ocorrência emitido em: 21/02/2018 15:37 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:21:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121021053380000010684141

Número do documento: 2008121021053380000010684141

Num. 11275933 - Pág. 11



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

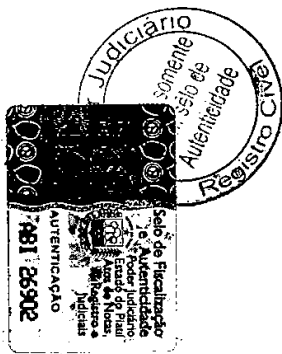
1011 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000185/2018-38

Guaraci C. de A. Bonfim
Guaraci Cordeiro De Almeida Bonfim - Mat. 2861674
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio Roberto de Sousa Galvão
ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO - Noticiante
Responsável pela Informação

Adalberto Paulo de C. Junior
Delegado de Polícia Civil
Mat. 315668-X
Delegado de Polícia



**CARTORIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFICIO
CERTIDÃO**

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA ESTA
CONFORME O ORIGINAL QUE CONFERI E
AO QUAL ME REPORTO E DOU FE
EM TESTE DA VERDADE

Pedro II PI 28/10/2018
TABELIÃO DO 2º OFÍCIO





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

1011 v. 1.0

INV - cad 09

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000185/2018-38

Unidade de Registro: DP DE PEDRO II

Resp. pelo Registro: Guaraci Cordeiro De Almeida Bonfim

Data/Hora: 21/02/2018 - 15:06

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE PEDRO II

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PEDRO II

Endereço

ESTRADA QUE LIGA PEDRO II À LOC. AROEIRA, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Data/Hora

18/12/2017 - 09:30

Boletim de ocorrência

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

Mãe: FRANCISCA GONÇALVES DE SOUSA

Endereço: RUA LANDRI SALES, Nº 38

Complemento: BOA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: PEDRO II

Nome: EDUARDO CAFÉ MARTINS

Mãe: MARIA DE LOURDES CAFÉ MARTINS

Endereço: RUA ANGELO GONÇALVES, Nº 102

Bairro: CHAPADINHA

Cidade: PEDRO II

Nome: REGINALDO DOS SANTOS BARROS

Mãe: MARIA EDITE DOS SANTOS BARROS

Endereço: RUA BENEDITO DE CASTRO, Nº 418

Complemento: BOA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

Certório 2º Ofício Galvão Oliveira
AVENIDA CORONEL CORDEIRO, CENTRO - Nº 811, PEDRO II - PIAUÍ
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS
EM TEST. DA VERDADE DO FÉ. PEDRO II, 30/03/2018 14:49:07

Bel. ORLANDO URIAS DE OLIVEIRA JÚNIOR, SUBSTITUTO
Emol. 2,39 TJ; 0,48 Selo; 0,25 Total - 3,02

Bel. Orlando Urias de Oliveira Júnior
Tabelião e Oficial Substituto do

Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II
Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. BROS150

Ano: Placa: Chassi:

2014 OVX2644 9C2KD0550ER326235

Renavam:

01001805906

Cor:

Branca

Condutor: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

End: RUA LANDRI SALES Número: 38 Complemento: BOA ESPERANÇA

Cidade: PEDRO II UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ROGEE BRAGA UCHOA GALVÃO

Cidade: PEDRO II UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE SE DESLOCAVA NA MOTOCICLETA DE SUA ESPOSA, SENTIDO AROEIRA - PEDRO II; QUE NA ENTRADA DA CIDADE UM VEICULO D10 DE COR "CREME", CRUZOU SUA FRENTE DERREPENTE; QUE TENTOU FREAR, MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR O CHOQUE; INFORMA QUE FOI SOCORRIDO E LEVADO PARA O HOSPITAL JOSFINA PELO CONDUTOR DA D10, O SR. VALDO; QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE PIRIPIRI, POSTERIORMENTE PARA O NEUROCENTRO EM TERESINA, LOCAL ONDE PASSOU POR CIRURGIA; QUE DO ACIDENTE SOFREU UMA FRATURA NO FEMUR DIREITO; QUE NÃO PRETENDE REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DA D10; QUE É HABILITADO; ERA O QUE TINHA A DIZER.

Página 1/2

Boletim de Ocorrência emitido em: 21/02/2018 15:37 - SisBO@2011-2018 ATI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:21:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121021053380000010684141

Número do documento: 2008121021053380000010684141

Num. 11275933 - Pág. 13



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

1011 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000185/2018-38

Guaraci C. de A. Bonfim
Guaraci Cordeiro De Almeida Bonfim - Mat. 2861674
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio Roberto de Sousa Galvão
ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO - Noticiante
Responsável pela Informação

Adalberto Paulo de C. Junior
Delegado de Polícia Civil
Mat. 315668-X
Delegado de Polícia

Cartório 2º Ofício Galvão Oliveira
AVENIDA CORONEL CORDEIRO, CENTRO - Nº 811, PEDRO II - PIAUÍ
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS
EM TEST. DA VERDADE, DOU FÉ. PEDRO II, 30/05/2018 14:49:07
Bel Orlando Urias de Oliveira Junior
BEL ORLANDO URIAS DE OLIVEIRA JÚNIOR, Substituto
Emp. 2,49 TJ: 0,48 Selo: 0,25 Total: 3,12
Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II - PI



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Roberto de Sousa Galvão, portador da carteira de identidade nº 3.282.804 e inscrito no CPF/MF sob o nº 479.246.913.91 residente e domiciliado na Rua Bondu Sales nº 38 Cidade Pedro # Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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



Antonio Roberto de Sousa Galvão

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pedro # 07 Março 2018

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Roberto de Sousa Galvão, portador da carteira de identidade nº 1-282.804 e inscrito no CPF/MF sob o nº 479.246.913-91, residente e domiciliado na Rua Pandu Sales nº 38, Cidade Pedro II, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

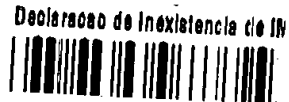
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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



Antonio Roberto de Sousa Galvão

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

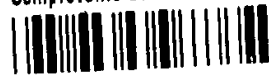
PEDEIRO II, 04 JUNHO 2018

Local e data

889800421



Comprovante de residência



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8886

Fatura Mensal

033090-5 Hidrômetro: Y14N137584

FEV/2018

Nome/Razão Social/Endereço: ANTONIO R DE SOUSA GALVAO
RUA LANDRI SALES, 38
BOA ESPERANCA
PEDRO II 64255000 AG= 163

Situação	Ins.	Com.	Ind.	Pub.	Inscrição
09/01/2018	09/02/2018	28			80 2 01 0001 0298-000

Histórico de Consumo			
Período	Consumo	Aggr.	Outr.
08/17	115	14	0
09/17	125	12	0
10/17	133	8	0
11/17	142	9	0
12/17	150	8	0
01/18	160	10	0
02/18	169	9	0

FATURADO 17 MINIMO DA LIGACAO

Cód. Residencial	Cód. de Tarifa
008330905	03

Consumo Médio	Consumo Fio Água	Consumo Fio Esgoto
10		

Consumo	Consumo Faturado
9	10

DISCRIÇÃO DA FATURA

ÁGUA Nome do Serviço: MANUTENCAO HIDROMETRO

Valor: 1,60

19/02/2018 28,51

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Cálculo	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 8,5	0,3	Ausente	Ausente
NP Mínimo de Amostras Exigidas							
NP Amostras Realizadas							
NP Amostra que Atende Legislação	0.64	2.11	1.11	7.76	0.01	0.00	0.00
Valor Médio	PREFERE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						
Conclusão	AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL						





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 06 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA		Hidrometro		Referência	
833090-5		Y14N137584		ABR/2018	
Nome/Razão Social/Endereço					
ANTONIO R DE SOUSA GALVAO					
RUA LANDRI SALES, 38					
BOA ESPERANCA					
PEDRO II 64255000					
AG= 105					
Situação		Categorias de Uso		Inscrição	
Água/Esgoto		Com. Ind. Pub.		80 2 01 0001 0238-000	
3/1		1			
Período de Consumo		13/03/2018		12/04/2018	
Consumo		30			
Histórico de Consumo		Consumo		Ocorr.	
Mês/Ano		Consumo		Ocorr.	
10/17		533		0	
11/17		542		0	
12/17		550		0	
01/18		560		10	
02/18		569		9	
03/18		579		10	
04/18		590		11	
Forma de Faturamento		FATURADO P/ CONSUMO NORMAL			
Cód. Residência		008330905		Cód. de Tarifa	
Consumo Médio		9		Consumo Faturado	
Consumo		11		11	

DESCRIÇÃO DA FATURA		Valor (R\$)
ÁGUA	Nome do Serviço	31,93
MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001		0,53
JUROS DE MORA 001/001		0,53
MANUTENÇÃO HIDROMETRO		1,90

VENCIMENTO 19/04/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 35,00

PAQUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS DE MORA. CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2015/2016 MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	0.64	2.11	1.11	7.76	0.01	0.00	0.00
Valor Médio							

CONCLUSÃO: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA E CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

AGESPISA		Inscrição		AG= 105	
Águas e Esgotos do Piauí S/A		80 2 01 0001 0298-000			
Atendimento ao Consumidor 0800 06 8888		Matrícula		Referência	
Res1		833090-5		ABR/2018	
Categorias de Uso		Consumo		Consumo	
Com. Ind. Pub.		Consumo		Consumo	

VENCIMENTO 19/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 35,00

826600000002 35000001820-9 83309050420-4-1800000001-8



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, AD

127-666587393-9

07/Mai/2018

HORA DE 08:46:58

LOT. 16.15425-1

TERM 0184145

LOCALIDADE: PEDRO II

AG. VINCULADA: 4623

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
AGESPISA AG ESG PIAUI SA

VALOR DO PAGAMENTO: 35,00

826600000002 350000018209
833090504204 180000000018

127-666587393-9

1ª VIA

Comprovante de residência



Neurocentro
(ENDEMPRESA)
Engenius - SISAC - Engenharia de Sistemas

22/12/2017 19:52:22

FICHA INTERNAÇÃO

Nome ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO
Prontuário 269146.01
Sexo Masculino
Profissão MOTORISTA
Identidade 1282804/SSP
Data Nascimento 05/04/1973
Idade 44 anos
CPF 47924691391
Filiação Ragele Leandra Sales/
Endereço Rua LEANDRE SALES 38
Bairro Centro
Cidade Pedro II/PI
Telefone
Responsável ESPOSA
End. do Resp.

Documentacao medico - hospita



Convênio PARTICULAR.

Código Paciente 269146

Matrícula SN

Titular

Guia de Internação

Validade Carteira / /

Útl. Pagto / /

INTERNAÇÃO:

Data de Entrada 22/12/2017 19:40:00

Acomod. Autoriz. Apartamento

Local FELICIDADE - apartamentos

Tratamento 6.Cirúrgico

Recepção SIMONE

Médico GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO

Diagnóstico

Procedimento

Histórico Fratura de Femur Direito

Observação

Ragele Braga Uchoa Galvão



RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

Diagnóstico Pré-operatório

Cirurgia

Cirurgia

Instrumentador

Data da Cirurgia

Diagnóstico Pós-cirúrgico

Fratura de fêmur

Antonio Roberto de Souza Aguiar

Fratura de fêmur

Glaucson Tugueiras RAFI fêmur + Enxerto local

Assistente

Fratura de fêmur

Almeida

23/12/17

Diagnóstico Pós-cirúrgico

Anestesista

João José

Início

08:00

Anestesista

Rafael

Fim

10:40

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Não

Acidente Durante a Cirurgia

Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Técnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)

1) Pericute no corpo inteiro

2) Tumor na coxa direita

3) Drenar

4) RAFI fratura de fêmur com placa DCS e parafusos

5) Retirada de enxerto de condilo femoral

6) Revisão e controle radiológico

7) Sutura + curativo

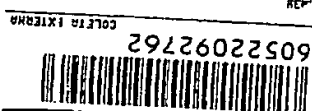
Dr. Glaucson Tugueiras
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PA 27717 / RCD 10604



BOLETIM DE CONTROLE DE PEQUENA CIRURGIA DATA 23/12/17

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Roberto de S. Galvão</u>	NOME DO PROTOUÁRIO: <u>26914601</u>
CIRURGIÃO: <u>Gláucio T. D. F. Duarte</u>	AUXILIAR:
CIRURGIA: <u>Fratura de Fêmur</u>	CONVÊNIO:
ANESTESISTA: <u>João José</u>	ANESTESIA: <u>Raquel</u>
INSTRUMENTADO: <u>Almeida</u>	CIRCULANTE: <u>Tatiana</u>

Tatiana de Oliveira Silva
 Téc. Enfermagem
 COREN - PR 1048507



MATERIAL DE CONSUMO

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
	MATERIAIS		
201026	AGULHA 40/12	UND	04
201025	AGULHA 30/8	UND	04
201021	AGULHA 25/7	UND	
	AGULHA 13/45	UND	
	CLIP DE VIDEO	UND	
	SCALP Nº	UND	
	JELCO Nº	UND	
	POLIFIX 2 VIAS	UND	
	TORNEIRINHA	UND	
	IRRIGOPLAS VIAS	UND	
	SANGOFIX (EQUIPO)	UND	
	TELA DE PROLENE	UND	
	TRANSOFOX	UND	02
	EQUIPO MAGROGOTAS	UND	
203001	ESPARADRAPO	CM	200
81804	MICROPORO ESTÉRIL	CM	
	LAMINA BISTURI Nº 24	UND	02
	LUVA ESTÉRIL Nº 45	PAR	06
	LUVA ESTÉRIL Nº 7,0	PAR	06
	LUVA DE PROCED TAM:	PAR	30
	SONDA DE FOLEY Nº	UND	
	SONDA URETAL Nº	UND	
	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	UND	
	SONDA NASOGASTRICA Nº	UND	
	CAPA DE VIDEO	UND	
	CATETER PARA OXIGÊNIO	UND	
	COLETOR DE URINA S. FECHADO	UND	
233002	COLETOR DE URINA S. ABERTO	UND	

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
	SOLUÇÕES		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml	FRSC	
142027	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml	FRSC	06
145026	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml	FRSC	
145030	SORO FISIOLÓGICO 0,5% 500ml	FRSC	
145029	SORO FISIOLÓGICO 0,5% 250ml	FRSC	
145020	ÁGUA DESTILADA 10ml	UND	
	ÁGUA DESTILADA 500ml	FRSC	
235007	PVPI TÓPICO	ML	
235006	PVPI DEREGEMANTE	ML	
235001	ÁGUA OXIGENADA	ML	
	CLOREXIDINA ALCOOLICA	ML	200
	CLOREXIDINA DEGERMANTE	ML	200
	ÉTER	ML	
	SORBITOL	UND	
	ÁLCOOL A 70%	ML	200



HEMOC: ABO (A) VOL: 380 ML
PC: COMPATIVEL PAI: NEGATIVO
DATA: 22/12/2017 RESP: VERA

HEMOPI CENTRO DE HEMATOL. E HEMOTERAPIA DO PIAUI
RUA PRIMEIRO DE MAIO, 235 - CENTRO - CEP 64.001-000

0122171202001

CONC. HEM CIAS LEUCORREDUZI

Volume: 380 ml
Armazenar: Entre 2 e 6 C
Sol. Anticoag.: (X)ICPDA-1

NAO ADICIONAR
MEDICAMENTOS

Evitar NAO rescentes para: Anti HBC

CONCENTRADO DE HEM CIAS

Volume: 380 ml
Armazenar: Entre 2 e 6 C
Sol. Anticoag.: (X)ICPDA-1

TIPO SANFONA

WILT

DRENO PARA

PAC: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO
HOSP: NEUROCENTRO DN: 05/04/1973
PRONT: 26914601 ENF: FELICIDADE LEITO: AP-13
RECEPTOR: ABO (A) RH(D): POSITIVO
HEMOC: ABO (A) RH(D): POSITIVO
HEMOC: (7) 0122171202001 VOL: 325 ML
PC: COMPATIVEL PAI: NEGATIVO
DATA: 22/12/2017 RESP: VERA

R

REF: S0092

CAPA MICROSCÓPIO CIRURGICO S/ VISOR

Esterilização em Oxido de Etileno

Data Fabricação: 11/08/2017

Data Validade: 11/08/2019

Lot: 53

Contem 01 Unidade

7898270249068

ETIQUETAS OPME

PACIENTE: Antonio Roberto de Sousa Galvão	CONVENIO: 04	Nº PRONTUÁRIO: 26914601
CIRURGIÃO: Ednan Soares Coutinho	DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL 23/12/17	

NEUROCENTRO



(LOGO)

Neurocentro
Rua Olavo Bilac, Centro, 1737, sala 01
SISAC: Sistema de Gestão Hospitalar

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Paciente **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO**
Código 269146.01
Nascimento 05/04/1973
Idade 44 anos
Convênio PARTICULAR.
Matrícula SN
Médico Assistente Glauson Tuquarre Nascimento
Dir. Técnico Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958
Médico Prescritor Glauson Tuquarre Nascimento
Alergia Alergias não info.

Prontuário 269146
Leito FELICIDADE
Internação 22/12/2017
Internado 1 dias
Número 65177.
Data 23/12/2017 11:57:07
Página 1

Diagnóstico: S72 Frat do femur
poi de fratura de femur
Enfermagem: CCGG
Nutrição: LIVRE

MEDICAÇÃO

Medicação endovenosa	HORÁRIO
1 CEFALOTINA (KEFLIN) 1G FR - 1 FR + AD 10 ML 10ml EV [8/8]	12h
2 GENTAMICINA AP 80MG/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [8/8]	18h
3 CETOPROFENO (PROFENID) 100MG FR - 1 FR + S.F 100 ML 100ml EV [12/12]	12h
4 RANITIDINA (ZYLUM) 50MG/2ML AP - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [12/12]	12h
5 DAPIRONA AP 1G/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [8/8]	12h
6 TRAMADOL AP 100MG/2ML - 1 AP + S.F 100 ML 100ml EV [8/8]	12h
7 CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ML FR - 1 FR EV [8/8]	12h
Medicação via oral	
LEXOTAN 6 MG (s/def apr) - 1 CP VO 1 vez Antes de dormir	12h
Outras vias	
HEPARINA (LIQUEMINE) 5000UI/0,25ML AP - 1 AP SC [8/8]	12h

Ass:
Dr. Glauson Tuquarre Nascimento
CRM 2775
CRM 2775

09:00h

24.12.17

✓ Alta médica. FO limpo e seco, entregue
receitas e orientações Gerais.

Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM 2775 / TEOT 10604

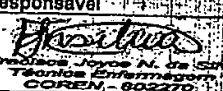


(LOGO)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR
Idade	44 anos	Data	02/01/2018
Peso	,00 Kg	Internado	2 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	269148.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 3907
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

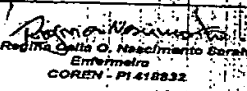
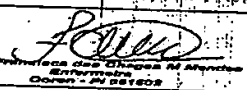
APLICAÇÕES

HORA	Descrição	Usuário

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
24/12/2017 08:30	Realizado banho no leito. e feito curativo em F.O. retirado dreno de sucção.	 Priscila Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 602570
24/12/2017:10:49	paciente teve alta hospitalar de Ambulância,acompanhado dos familiares.	 Priscila Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 602570

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
24/12/2017 09:58:00	Paciente segue no 1ºDPO DE FRATURA DE FÊMUR. Consciente, orientado, fásico. Ssv dentro das normalidades. Em hidratação venosa em AVP. Dieta por v.o, bem aceita. Diurese espontanea presente. Segue sem queixas algicas e mantém sob cuidados Gerais. A seguir realizado banho no leito, feito troca de curativo da F.O, aspecto limpo e seco. Retirado dreno suctor e instalado tala gessada. Recebeu visita médica liberado alta hospitalar, entregue receita médica e informado sobre retorno ambulatorial.	 Regina Galla O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418332
	Alta hospitalar	 Priscila Joyce N. da Silva Enfermeira COREN - PI 681608





Neurocentro	Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR	Data	24/12/2017	Internado	1 dia(s)	Prontuário	269146.01	FELICIDADE	Relatório nº 3901
	Idade	44 anos			Peso	60 Kg			Altura	1,00 m		
	Médico	Glauson Tuguarre Nascimento			Leito							
	Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958										

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic.Capilar	SNG	Diurese	Drenol	Drenoz	Drenoz3	Responsável
23/12/17	120 X 80	72	36	98	0	0	0	0	0	0	0	MSPF
23/12/17 12:53	120 X 80	19	70	36,5	0	0	0	0	0	0	0	MSPF
23/12/17 17:55	120 X 80	19	60	37,6	0	0	0	0	0	0	0	MSPF
23/12/17 18:01	0 X 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	MSPF
24/12/17 08:00	120 X 80	20	70	36	98	0	0	0	0	160	0	MSPF

APLICAÇÕES

HORA	Descrição	Usuário

NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRÇÃO	Responsável
23/12/2017 11:39	PACIENTE RETORNA DO C.C SOB EFEITO ANESTÉSICO COM DRENO DE SUÇÃO.	MSPF
23/12/2017 11:46	auxílio em passagem de sonda de alívio.	MSPF
23/12/2017 14:00	Administrado medicações de horário(cefalotina+ad.profenid soro de 100 ml,ranitida+ad)paciente segue sem queixas algicas,segue sob cuidados da equipe.	MSPF
3/12/2017 15:59	Administrado medicação prescrita de horário.(dipirona+ad,tramal+soro de 100ml,e heparina CS.	MSPF
3/12/2017 16:00	Paciente evolui no POI de fratura de femur,consistente,orientado,fásico,deambulando,em soroterapia,SSV estável,dietar fisiológicas,prontas, seguem queixas algicas segue sob cuidados da equipe.	MSPF
3/12/2017 19:21	Recebo pacto em POI DE FRATURA DE FEMUR consistente, orientado, fásico, com AVP pênio DIURESE espontânea segue cuidados de enfermagem	MSPF
3/12/2017 21:54	adm CEAFALOTINA+AD EV, DIPIRONA+AD EV, ADM LEXOTAN COM VO de horário.	MSPF
1/12/2017 08:00	adm CEAFALOTINA+AD EV, de horário.	MSPF

OLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRÇÃO	Responsável

LOGO)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
Idade	44 anos	Data	24/12/2017
Peso	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 3901
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

3/12/2017 07:06:00	Paciente encaminhado para CC ,em soroterapia ,de maca ,exame anexo ao prontuario ,segue aos cuidados da equipe.	Simone da Silva Riottato Enfermeira COREN - 488.874
3/12/2017 11:46:00	Paciente retornou do centro cirurgico após POI DE FRATURA DE FÊMUR.Sob efeito de anestesias raque,consciente,orientado,algo sonolento.Ssvv estaveis.Em soroterapia em AVP,veio com hemoconcentrado.Dieta libera apos efeito anestésico.Diurese sendo repassado sonda de alivio,conforme ordem médica.Segue sem queixas algicas e mantem sob cuidados Gerais.Veio com dreno suctor,funcionante,porém com pouco debito.Aguarda RX de controle.	Regina O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418832
3/12/2017 20:03:00	Paciente segue em POI DE FRATURADE DE FÊMUR.Consciente,orientado,fásico,em repouso no leito.Ssvv mantidos.Em hidratação venosa em AVP.Dieta liberada bem aceita.Mantem com dreno suctor em F.O,sem debito no momento,sendo desprezado as 18hrs.Diurese espontanea ausente ate momento.Segue sem queixas algicas e mantem sob cuidados Gerais.	Regina O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418832
3/12/2017 22:23:00	Em tempo:as 17:15hrs,realizado rx de controle,encaminhado images para médico assistente(Dr.Glauson).	Regina O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418832
3/12/2017 07:02:00	Paciente segue sem queixas algicas.desprezado dreno suctor com debito de 150ml.Diurese espontanea presente.Aguarda visita médica.	Regina O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418832



(LOGO)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convenio	PARTICULAR.
Idade	44 anos	Data	23/12/2017 14:02
Peso	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Prescrição nº 65179
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			

Padrão respiratório ineficaz relacionado a:

Dor

Fadiga da musculatura

Risco para infecção relacionado a:

Procedimentos invasivos

Destruição de tecidos

Integridade da pele prejudicada relacionada a:

Fatores mecânicos

Dor relacionada a agentes lesivos (químicos, físicos e biológicos)

Déficit no autocuidado para eliminação, higienização e higiene íntima relacionado a:

Dor

Ansiedade, medo relacionada a:

Ameaça ou mudança do estado de saúde

Nervosismo

Distúrbio no padrão do sono relacionado a:

Iluminação

Distúrbios do sono

Dor

POI DE OPERATÓRIO FRATURA FEMUR

INTERVENÇÕES	HORÁRIO		
1. Estimular hidratação oral	TARDE		
Lavar as mãos antes e após manuseio com paciente	MANHÃ	TARDE	NOITE
Manter lençóis limpos e secos bem esticados	MANHÃ	TARDE	NOITE
Executar/supervisionar banho	MANHÃ		
Fazer higiene oral com solução antisséptica	MANHÃ		
MANTER CUIDADOS GERAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE
Manter cabeceira elevada -30--º	ATENÇÃO		
cuidados de enfermagem com dreno suctor desprezar e anotar	TARDE		
Registrar peso e altura	SEMPRE		
Supervisionar infusão venosa e gotejamento	MANHÃ	TARDE	NOITE
Verificar sinais vitais 6/6 hs	12	18	
2. elevar grades laterais da cama	MANHÃ	TARDE	NOITE

Ass. 
Regina Costa D. Nascimento Saraiva
COREN 418832



(LOGO)

Neurocentro

Rua Olavo Bilac, Centro, 1737, sala 01
SISAC Sistema de Gestão Hospitalar

0065171

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO**
Código 269146.01
Nascimento 05/04/1973
Idade 44 anos
Convênio PARTICULAR.
Matrícula SN
Médico Assistente Glauson Tuquarre Nascimento
Dir. Técnico Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958
Médico Prescritor Glauson Tuquarre Nascimento
Alergia Alergias não info.

Prontuário 269146
Leito FELICIDADE
Internação 22/12/2017
Internado 0 dias
Número 65171
Data 22/12/2017 20:04:21
Página 1

Diagnóstico: S72 Frat do Femur
PRÉ DE FRATURA DE FEMUR
Enfermagem: SSVV
Nutrição: DIETA ZERO A PARTIR DAS 22HRS.

MEDICAÇÃO

HORÁRIO

Medicação endovenosa

1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ML FR - 1 FR EV [8/8]	21:00 - 08:00
2	CEFALOTINA (KEFLIN) 1G FR - 1 FR + AD 10 ML 10ml EV [8/8]	22:00 - 06:00
3	CETOPROFENO (PROFENID) 100MG FR - 1 FR + S.F 100 ML 100ml EV SOS	
4	DIPIRONA AP 1G/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [6/6]	22:00 - 04:00 - 18:00
5	TRAMADOL AP 100MG/2ML - 1 AP + S.F 100 ML 100ml EV [8/8]	21:00 - 05:00
6	BROMOPRIDA AP (PLAMET) 10MG/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV SOS	

Medicação via oral

7	LEXOTAN 3 MG. (s/def apr) - 1 CP VO 1 vez	22/12/2017 22:00
---	---	------------------

Outras vias

8	RANITIDINA (ZYLUM) 50MG/2ML AP - 1 AP + AD 10 MLml IM [2/12]	22:00 - 18:00
---	--	---------------

Ass

Glauson Tuquarre Nascimento
CRM 2775

30)	Neurocentro		
ente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
e	44 anos	Data	22/12/2017 21:54
	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
ra	,00 m	Prontuário	269146.01
lico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Prescrição nº 65172
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			

Irão respiratório ineficaz relacionado a:

liga da musculatura

co para infecção relacionado a:

cedimentos invasivos

struição de tecidos

agridade da pele prejudicada relacionada a:

ores mecânicos

relacionada a agentes lesivos(químicos, físicos e biológicos

ficit no autocuidado para eliminação, higienização e higiente íntima relacionado a:

siedade, medo relacionada a:

eaça ou mudança do estado de saúde

rvosismo

stúrbio no padrão do sono relacionado a:

ninação

túrbios do sono

r

E- OPERATÓRIO FRATURA FEMUR

INTERVENÇÕES	HORÁRIO
Estimular hidratação oral	SEMPRE
Lavar as mãos antes e apos manuseio com paciente	MANHÃ TARDE NOITE
Manter lençóis limpos e secos bem esticados	MANHÃ TARDE NOITE
Executar/supervisionar banho	MANHÃ
Fazer higiene oral com solução antisséptica	MANHÃ
MANTER CUIDADOS GERAIS	MANHÃ TARDE NOITE
Manter cabeceira elevada -30-º	ATENÇÃO
Orientar jejum a partir de:22 horas	ATENÇÃO
Orientar a retirada de próteses, jóias, etc.	ATENÇÃO
Registrar peso e altura	SEMPRE
Supervisionar infusão venosa e gotejamento	MANHÃ TARDE NOITE
Verificar sinais vitais 6/6 hs	12 18 24 06
elevar grades laterais da cama	SEMPRE

Ass. 
Simone da Silva Riolinto
Enfermeira
COREN - 488.874
COREN 488874



LOGO)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
Idade	44 anos	Data	23/12/2017
Peso	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	289146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 3900
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

NAIS VITAIS

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic.Capilar	SNG	Diurese	Dreno1	Dreno2	Dreno3	Responsável
	mmHg	irm	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	
3/12/17 00:13	120 X 80	18	79	36	99	0	0	0	0	0	0	Simone da Silva Riattinto Enfermeira COREN-488.874
3/12/17 06:00	130 X 70	18	80	36,5	99	0	0	0	0	0	0	Simone da Silva Riattinto Enfermeira COREN-488.874

PLICAÇÕES

ORA	Descrição	Usuário

NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

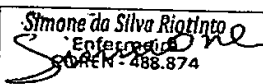
ORA	DESCRIÇÃO	Responsável
3/12/2017 21:00	ADMINISTRADO SF 0,9% ,TRAMAL+SF 100ML DE HORARIO.	Maria do Socorro M. Mendes Tec. Enfermagem COREN-PI 596794
3/12/2017 22:00	ADMINISTRADO CEFALOTINA+AD EV ,DIPIRONA+AD EV ,LEXOTAN V.O ,RANITIDINA+AD EV DE HORARIO.	Maria do Socorro M. Mendes Tec. Enfermagem COREN-PI 596794
3/12/2017 22:30	paciente segue consciente,orientado,fasico.ssvv estavel sem queixas no momento.realizado medicação de horario(tramal,diplrona,ranitidina,cefalotina,lexotan)segue sob cuidados.	Maria do Socorro M. Mendes Tec. Enfermagem COREN-PI 596794
3/12/2017 04:00	ADMINISTRADO DIPIRONA+AD EV ,DE HORARIO.	Simone da Silva Riattinto Enfermeira COREN-488.874
3/12/2017 05:00	ADMINISTRADO SF ,TRAMAL+SF 100ML ,DE HORARIO.	Simone da Silva Riattinto Enfermeira COREN-488.874
3/12/2017 06:00	ADMINISTRADO CEFALOTINA+AD EV ,DE HORARIO.	Simone da Silva Riattinto Enfermeira COREN-488.874

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ORA	DESCRIÇÃO	Responsável
3/12/2017 21:36:00	Paciente admitido para tratamento cirurgico ,fratura femúr ,procedente do hospital de piripiri ,relata acidente automobilistico dia 18/12 /17 ,acompanhado da esposa,veio de maca ,consciente ,orientado ,fasico,eupneico,respirando ar ambiente.Nega alergia medicamentosa,desconhece HAS E DM ,Ssvv estaveis ,PA=120X80mmhg ,FC 83 T37 C° ,glicemia capilar 114 mg/dl ,dieta zero aparti das 22horas ,eliminações presente ,instalado soroterapia ,segue aos cuidados da equipe.	Simone da Silva Riattinto Enfermeira COREN-488.874
3/12/2017 22:54:00	Realizado coleta sangue encaminhado para hemopi ,exames laboratoriais hemograma ,coagulograma ,aguarda resultados .	Simone da Silva Riattinto Enfermeira COREN-488.874



(LOGO)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
Idade	44 anos	Data	23/12/2017
Peso	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 3900
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

23/12/2017 06:23:00	Paciente apresenta se calmo no leito ,sono satisfatório ,em soroterapia ,aguarda cirurgia ,exames laboratóriasi anexo aos prontuario,aos cuidados da equipe.	 Simone da Silva Riolto Enfermeira COREN - 488.874
---------------------	--	--





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ-SESAPI
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL.
PEDIDOS INCOMPLETOS NÃO SERÃO
ATENDIDOS

COLETA DA AMOSTRA PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS
DATA: 27/12/2019 HORA: 10:00 RESPONSÁVEL: *Guarini*
RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO DA AMOSTRA: DATA: 27/12/2019 HORA: 10:00 RESPONSÁVEL: *Guarini*

HOSPITAL: *Neurocentro*

No. DO CARTÃO DO SUS: _____

ENDEREÇO DO PACIENTE (Rua, nº, Bairro, Cidade/UF):

RECEPTOR/PACIENTE: *Antonio Roberto de Sousa Galvão*

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1972 IDADE: 44 COR: _____ SEXO: M ☒ F ☐ PESO: _____ kg

NOME DA MÃE: *Francisca Gonçalves de Sousa*

ENFERMIA: *Felício* LEITO: *13* PRONTUÁRIO: *220162* CONVENIO: *Previdência Econômica*

INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO / DIAGNÓSTICO: *Fratura femoral* AMBULATÓRIO: ☐ HOSPITAL: ☒

CID: _____

TRANSFUSÃO PRÉVIA: SIM ☐ NÃO ☒ IGNORADO ☐ DATA: _____ REAÇÃO TRANSFUSIONAL: SIM ☐ NÃO ☒ TIPO: _____

HISTÓRIA DE GESTAÇÕES: G _____ P _____ A _____ MEDICAMENTOS: PENICILINA ☐ METILDOPA ☐ OUTROS: _____

EXAMES: Ht: _____ % Hb: _____ g/dl Plaquetas: _____ /mm³ TP: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____

TIPO DE TRANSFUSÃO: PROGRAMADA ☒ ROTINA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐

HEMOCOMPONENTE SOLICITADO	QUANT.	VOLUME	REMODERIVADOS	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO
CONCENTRADO DE HEMACIAS	02		CONC. FATOR VIII			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS			CONC. FATOR VIII RICO EM MP			
PLASMA FRESCO CONGELADO			CONC. DE FATOR IX			
CRIOPRECIPITADO			CCPA			
OUTROS			FATOR VII			
SANGRIA TERAPÊUTICA			OUTROS			

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL: *Dr. Antonio Francisco Loy Chaves*

CRM / CPF

DATA: _____

BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES DISTRIBUIDAS / TRANSFUNDIDAS

HEMOCOMP.	N.º BOLSA	ABO / RH	VOLUME	PROVA CRUZADA	TRANSFUNDIDA
					SIM NÃO
44-2	603220927612	CA+ve	350	() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
44-7	912217100204	HA	325	() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	

TIPAGEM RECEPTOR (ABO / RH): *A x B*

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (PAI):

IDENTIFICAÇÃO DO ANTICORPO IRREGULAR: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO: *Vera Lúcia de S. Silva*

LIBERAÇÃO:

DATA: _____

HORA: _____

RETRADA DO HEMOPI:

DATA: *27/12/2019* HORA: *11:24*

1) Em caso de Pesquisa de Anticorpos Irregulares Positiva os exames complementares necessários para identificação do(s) anticorpo(s) envolvido(s) estão descritos no verso da solicitação.

2) Em caso de transfusão em recém nascidos deverá ser encaminhada amostra da mãe. No caso de impossibilidade do envio da amostra, preencher termo de responsabilidade médica no verso da requisição.

3) Em caso de transfusão de emergência ou transfusão com prova cruzada incompatível, preencher termo de responsabilidade no verso.





NEUROCENTRO

PASSAGEM DO PACIENTE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO

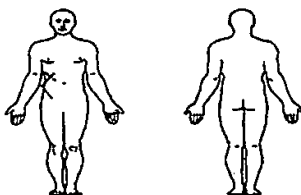
Paciente: Antonio Roberto de Sousa Galvão

Data: 23/12/17 Horário: 08:30 h. Médico: Glaucione Tugueiras

Cirurgia: Fratura de Fêmur Convênio: EE

1-Medicação e Horários:

2 - Locação da Placa:



MSD () MID ()

MSE (X) MIE ()

MSD () MID ()

MSE () MIE ()

3-Acesso Venoso:

MSD () MSE (X) MID () MIE () ACESSO CENTRAL ()

4-Sonda Vesical de Demora:

Sim () Não (X)

5-Dreno de Sucção

Sim () Não ()

Local: _____

6-Intercorrências:

Sem Intercorrências

8-Local da incisão

Femur

9-Anestesia:

Tatiana
Funcionário
Tatiana de Oliveira Silva
Téc. Enfermagem
COREN - PR 104850



HISTÓRICO DO PACIENTE

PACIENTE Antônio Roberto de Souza Galvão
DN: 05/04/73 IDADE 44 SEXO M F () CONVÊNIO: particular
PRONTUÁRIO: 269146.01 ACOMPANHADO: esposa
DIAGNÓSTICO
CLÍNICO () CIRÚRGICO (X)

PROCEDÊNCIA

CASA () CONSULTÓRIO () HOSPITAL (X) OUTRO ()

GRAU DE DEPENDÊNCIA

DEAMBULANDO () COM AUXÍLIO () CADEIRA DE RODAS (X) ACAMADO ()

CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS

CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) INCONSCIENTE () CONFUSO () SONOLENTO ()

DICCÃO

FÁSICO (X) LENTO () IAFÁSICO () RNC ()

SINAIS VITAIS

PA: 12/08 MMHG FC: 83 BPM FR: 20 PM T°: 37,1 °C

GLICEMIA CAPILAR: 114 mg/dL PESO: 91

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE	SIM	NÃO
DOENÇAS CARDÍACAS		<u>X</u>
DIABETES		<u>X</u>
DOENÇA RENAL		<u>X</u>
DOENÇA HEPÁTICA		<u>X</u>
DOENÇA NEUROLÓGICA		<u>X</u>
TABAGISTA (QUANTIFICAR _____)		<u>X</u>
ASMA		<u>X</u>
DOENÇAS TIREÓIDES		<u>X</u>
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA		<u>X</u>
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA		<u>X</u>
DISTÚRBO PSÍQUIATRICO		<u>X</u>
ETILISTA (QUANTIFICAR _____)		<u>X</u>

FAZ USO DE MEDICAÇÕES

QUAIS

SIM
()

NÃO
(X)

ALERGIAS

SIM
()

NÃO
(X)

CIRÚRGICO

CIRURGIA

ANESTESIA

Maria do Socorro M. Mendes
Téc. Enfermagem
EXPERIMENTAL 15679



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITARES****CONTRATANTES**

PACIENTE	Antônio Roberto de Sousa Galvão		
ENDEREÇO	R- Leandre Sales 38		
BAIRRO	Centro	CIDADE	Pedro II
ESTADO	PI	CEP	
CPF	47924691391	RG	1282804155P
ESTADO CIVIL	casado	PROFISSÃO	motorista
TELEFONE	99433-0899	E-MAIL	

RESPONSÁVEL	Rogério Braga Lemos Galvão		
ENDEREÇO	R- Leandre Sales 38		
BAIRRO	Centro	CIDADE	Pedro II
ESTADO	PI	CEP	094.443.997-70
CPF	094.443.997.70	RG	1.752.658
ESTADO CIVIL	casado	PROFISSÃO	
TELEFONE	99433-0899	E-MAIL	

CONTRATADO			
PACIENTE	CLÍNICA JACINTO LAY LTDA EPP (NEUROCENTRO)		
ENDEREÇO	Rua Olavo Bilac, nº 1737		
BAIRRO	Centro	CIDADE	Teresina
ESTADO	Piauí	CEP	64.001-280
CNPJ	02.960.675/0001-08	TELEFONE	86 - 3217-1111
SITE	www.neurocentro.com.br		

ACOMODAÇÃO ESCOLHIDA PELO RESPONSÁVEL E/OU PACIENTE: () Enfermaria ☒ Apartamento

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes designadas acima têm justo acertado, o que a seguir se expõem que mutuamente aceitam e outorgam.

1. O RESPONSÁVEL E/OU PACIENTE, após conhecer a infraestrutura disponível da CONTRATADA, contrata a prestação de serviços hospitalares especializados, decorrentes de internação hospitalar e/ou serviços ambulatoriais, momento em que autoriza a CONTRATADA a executar por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável ou demais profissionais para o tratamento do PACIENTE.

2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara que foi informado no cadastro inicial de internação do paciente que a CONTRATADA não é conveniada com o Sistema Único de Saúde- SUS, e que o convênio contratado será PARTICULAR OU PLANO ECONÔMICO. Assim está ciente

que todas as despesas serão arcadas pelo PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL.

3. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL tem liberdade e autonomia para escolher a equipe médica responsável pelo tratamento do paciente sem nenhuma interferência da CONTRATADA. Por conseguinte, fica acordado, neste ato, que o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL que contratou o plano econômico ou particular pagará os honorários dos profissionais médicos diretamente aos mesmos, mediante negociação livre e direta.

4. O procedimento cirúrgico de amputação de membros no paciente somente será realizado mediante indicação médica e com autorização escrita do próprio paciente ou, se o mesmo estiver impossibilitado, do responsável legal ou algum familiar direto.

5. O RESPONSÁVEL E/OU PACIENTE está ciente de que a CONTRATADA providenciará material transfusional, mediante solicitação escrita do médico, quando for imprescindível para o tratamento do paciente, e



1. Pelo presente termo, eu, Antônio Roberto de Souza Galvão (idade),
do RG nº 1252809/55PP, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 04924691331 (estado civil), (profissão), portador(a)
na Rod. Manoel de Sá, residente e domiciliado(a)
declaro para os devidos fins e efeitos de direito que:
2. Em consulta com o Dr. Claudio Tiquare, CRM-PI nº _____, profissional médico
mim escolhido, fui informado(a) que sou portador(a) da moléstia Fratura de Fêmur Direita
e que, após a realização de
exames complementares necessários à investigação e conclusão diagnóstica, sabendo das alternativas de tratamento propostas, devidamente
esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, optei pela realização do procedimento cirúrgico
denominado Fratura de Fêmur Direita
com o qual concordo a ser submetido, pelo que autorizo o médico acima e demais profissionais de sua equipe, a realizarem o referido ato cirúrgico
comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou
receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.
3. Sou sabedor(a) de que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando,
pois muitos podem causar problemas no período intra e pós operatório, como por exemplo, sangramentos durante a cirurgia.
4. Também fui informado(a) de que as cirurgias, independentemente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica
adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para
impedir o seu aparecimento.
5. Fui esclarecido(a) também que inexiste formas e métodos eficazes para calcular com precisão o tempo, a capacidade e o resultado final de
cicatrização tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após procedimento cirúrgico.
6. Fui também orientado(a) de que o uso de fumo e álcool pode prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia.
7. Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências
imedatas, a critério do médico, para assegurar minha integridade física e saúde.
8. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo médico, incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de
terapia intensiva, remoções para outras instituições com recursos que meu caso exija.
9. Da mesma forma, fui informado(a) de que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas,
pouco ou muito graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem utilizados.
10. Tenho conhecimento de que durante o procedimento cirúrgico ou no período de pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que
requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do
tratamento.
11. Estou ciente de que seria impossível para o médico me descrever TODAS as complicações e/ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que
me está sendo proposto, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais frequentes.
12. Igualmente, sou sabedor(a) de que apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu médico, não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no
resultado desta cirurgia, com relação à cura da minha doença.

Teresina, 22 de 12 de 2017

X Rogele Braga Leão Galvão
Assinatura do paciente ou responsável legal

Testemunhas:

Nome: _____

RG nº _____

Nome: _____

RG nº _____





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2377 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

Para: HRCE - Jiripirí PI **FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

Nome do Paciente: Antonio Roberto de Jesus Galvão
End.: do Paciente: Rua Landre Sales, Bairro Caixa D'Água
Responsável pelo paciente (Acompanhante): Regênia Braga (Esposa)
JUS: 898 0012 3027 6124
DADOS CLÍNICOS: DV: 05/04/73

Paciente 44 anos, vítima de acidente com motocicleta, colisão com dor intensa em coxa direita e pé direito. Glasgow (15) - Consciente. Possível fratura fechada em fêmur direito e tornozelo direito. Não disponibiliza de radiografia no momento. Recomendação de avaliação e conduta ortopédica. Pct estável, PA = 130 x 100 mmHg. Orelado: Ceptomil 2x1p - a.c.p. / Framil 1x1p

* História de ser diabético e Hipertensão

Pedro II (PI) 19.12.17

Dr. Roberto C. Torre
MÉDICO
CRM-PI 6004

Médico Responsável





Sistema. Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

2 - CNES

2777746

4 - CNES

2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

67024

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898001230276124

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/04/1973

Masc. ☒

1

Fem. ☐

2

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

() -

10 - NOME DA MÃE

GFRANCISCA GONÇALVES DE SOUSA

12 - ENDEREÇO

RUA LANDRES SALES, 38 - BOA ESPERANÇA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PEDRO II

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2207900

15 - UF

PI

16 - CEP

64255-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito com fratura do fêmur D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

fratura do fêmur D

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura do fêmur D

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura do fêmur D

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

CLÍNICA MÉDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

José Carlos

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/12/2017

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

CRM 123456789

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

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 - COD. ORGÃO EMISSOR

M230350101

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

01471547310

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Identificação	1010949
Data:	18/12/2017
Hora:	14:29

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

DIONE

BOLETIM DE ADMISSÃO

67024 - ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 05/04/1973 - 44 ANOS, 8 MESES, 13 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: OB01- OBSERVACAO ENF. Leito: OB0101 Naturalidade: PEDRO II-PI

Escolaridade: Médico: 3537 - JOSE CARLOS DE ARAUJO MENDES
CPF: RG: 1.282.804 C/N: CNS: 898001230276124

Endereço: RUA LANDRES SALES, N° 38 - CEP: 64255-000 Bairro: BOA ESPERANÇA

Cidade: 2207900- PEDRO II/PI Profissão: MOTORISTA Telefone: () -

Pai: FRANCISCO ALVES GALVAO Mãe: GFRANCISCA GONÇALVES DE SOUSA

Responsável: ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO - () - - O MESMO

Diagnostico inicial: - S72-FRAT DO FEMUR

Diagnostico Definitivo:

	Resultado																								
	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>Curado</td> <td>☐</td> <td>Removido</td> <td>☐</td> <td>-48 Horas</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Melhorado</td> <td>☐</td> <td>Pedido</td> <td>☐</td> <td>+48 Horas</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Inalterado</td> <td>☐</td> <td>Evasão</td> <td>☐</td> <td>Obito</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Piorado</td> <td>☐</td> <td>Indisciplina</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas	☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas	☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito	☐	Piorado	☐	Indisciplina		
	☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas																			
	☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas																			
	☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito																			
☐	Piorado	☐	Indisciplina																						
Transferido																									

História Clínica

Paciente admitido em observação	
com fratura de fêmur D	
Diagnóstico Provável	
fratura de fêmur D	

Dr. José Carlos de Araújo Mendes
CRM 3537

PROFISSIONAL





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06553564/000480
TELEFONE: (86) 3276-3362

Impresso: 18/12/2017 - 14:35:50

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO IDADE: 44 Anos SUS
ENFERMARIA: 0801-OBSERVAÇÃO ENF. LEITO: 080101 ADMISSÃO: 18/12/2017 DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/12/2017 - 14:32:02

DIETA LIVRE							
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14GTS/MIN	14.20	15.05
FECADO	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H		18.00	18.05
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SFO,9%	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H		18.00	18.05
TRAMADOL CLORIDRATO 100MG/ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA		18.00	18.05
2ML+100ML SFO,9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA		18.00	18.05
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00	SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA		18.00	18.05
ENDOPARINA SODICA 20MG/0,2ML (SUBCUTANEA)	1,00	SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA		18.00	18.05
SSV+CCGG							

Dr. André Carlos de Mendonça
CRM: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

03/10/20

Impressão: 19/12/2017 - 17:07:19

Pág.: 1

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

IDADE: 44 Anos

SUS

ENFERMARIA: OB01-OBSERVACAO ENF. LEITO:OB0101

ADMISSÃO: 18/12/2017

DIAS INTERNADO: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

19/12/2017 - 17:07:19

DIEITA LIVRE					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14GT5/MIN
FECHADO					
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SFO,9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	
TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	
2ML+100ML SFO,9%					
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	
ENOXAPARINA SODICA 20MG 0,2ML	1,00	SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	
(SUBCUTANEA)					
SSV+CCGG					

PROFISSIONAL

JPB SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH





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

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

ENFERMARIA: 0801-OBSERVACAO ENF. LEITO: 080101

ADMISSÃO: 18/12/2017

DIAS INTERNADO: 2

44 ANOS, 8 MESES, 13 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20/12/2017 - 08:38:31

Evolução Médica

08:38:38

PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA DIAFÍSE DE FÊMUR DIREITO AGUARDANDO TRANSFERENCIA

DIETA LIVRE (Modificada)

CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SFO,9%	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	12	12
TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/ML 2ML+100ML SFO,9%	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	06 ex -	14
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00 FRAM	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	12 ex -	
ENDOXAPARINA SODICA 20MG 0,2ML (SUBCUTANEA)	1,00 SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	42	
JEICO SOLICITADO	1,00				

SSV+CCGG

20/12/17 - 12:34: Paciente apresentando dor na coxa esquerda

- 1) Gentamicina 80mg - 01amp. a AD EV 08/08H. 12/12H 12 - 12
- 2) Buscopan composto - 01amp. a AD EV 08/08H. 12/12H 12 - 12
- 3) Daktal - 40mg VO. 8/8H. 12/12H 12 - 12
- 4) Venipain 746 CC. CVL
- 5) Dieta normal

Dr. Rayala Cisse
MEDICA
CRM-PI 6520

Dr. Renato Jorge Oliveira
CRM-PI 2428
Ortopedista Traumatologista

PROFISSIONAL

LOG. CNIT/005 EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

Impressão: 20/12/2017 10:21:05
Pág.: 1/1



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

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO IDADE: 44 Anos SUS
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0706 ADMISSÃO: 18/12/2017 DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

21/12/2017 - 13:07:35

DIETA CONSTIPANTE

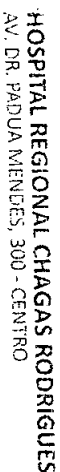
GETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SF0,9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	100%	100%	100%
TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	100%	100%	100%
2ML+100MLSF0,9%	1,00	FRA/PENDOVENOSA (EV)	1X DIA		100%	100%	100%
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00	SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	100%	100%	100%
ENOXAPARINA SODICA 20MG 0,2ML (SUBCUTANEA)	1,00				100%	100%	100%
JEICO SOROLISADO	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	100%	100%	100%
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	100%	100%	100%
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	100%	100%	100%
500MG/ML AMP 5ML	1,00	COMP ORAL		08/08H	100%	100%	100%
SIMETICONA 40MG - COMP	1,00	COMP ORAL		08/08H	100%	100%	100%

SSV+CCG6

Dr. Ednan Soares Coutinho
Médico - P. 4427

PROFISSIONAL

23.10h P. 1.80x 10.15
120x = 36.20
Tx - 36.20
Gislaine Nascimento Pereira Gomes
Técnica em enfermagem
COREN-PI 110880mm



AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPRI/PI

TELEPHONE: (86) 3276-3362

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

LEITO:CM0706

ADMISSAD: 18/12/2017

1

100

PREScrição Médica

22/12/2017 - 08:26:50

DIETA LIVRE			
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SFO,9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)
TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/ML 2ML+100ML SFO,9%	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)
OMEPRAZOL 40MG INI + DIL	1,00	FRAMP	ENDOVENOSA (EV)
ENOXAPARINA SODICA 20MG 0,2ML (SUBCUTANEA)	1,00	SE/PR	ENDOVENOSA (EV)
JELCO SOROLUSADO	1,00		
SSVV+CCGG			

17:00 paciente, condendo
 quem falou, por isso, muito
 ao lado, por estar em
 unceri. Família levou o
 paciente para avaliação
 em clínica particular
 para avaliação
 neurológica e física
 e para avaliação
 psicológica e social.

PROFISSIONAL



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 Atendimento)
Atendimento: P0155873 Registro: 67024
Data: 18/12/2017 Hora: 11:55:00
Funcionario: CLEANE Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 7

SUS

ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

CPF: - RG: 1.282.804 - SUS: 898001230276124
Idade: 44 ANOS, 8 MESES, 13 DIAS Profissão: MOTORISTA Civil: CASADO(A) CEP: 64260-000
Data de Nascimento: 05/04/1973 Bairro: BOA ESPERANÇA Cidade: PEDRO II/PI
Endereço: RUA LANDRES SALES, 39 - Mãe: GFRANCISCA GONÇALVES DE SOUSA Pai: FRANCISCO ALVES GALVAO
Situação: SEM Telefone: () -

Clinica: CLINICA MÉDICA Documento: 5928 - VINICIUS AMADO DE SOUSA COSTA
Responsável: ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

18/12/2017 11:55 0301060051 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ENCAMINHADO DE PEDRO II

Exame clínico/físico:

Vitalidade e estado de

Diagnóstico provável:

resposta com rx. de

Medicação:

dupla de furo D.

Procedimentos/exames realizados:

Anotação de enfermagem

Intervenção +
regulagem de SUS

D. Antônio de Sousa Galvão
CRM PI 537

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:21:05
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210210533800000010684141

Responsável: ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

PROFISSIONAL





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 ____/____/____ HORA: ____ Nº DO TELEFONE: (86)99925-0506

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chagas Rodrigues MUNICIPIO: Pinipiri

MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antônio Roberto de Sousa Bahia

Data do Nascimento: _____ Idade: 44 Sexo: ☒ Masculino () Feminino

Mãe: _____

RG ou CPF _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Endereço: _____

Município de Procedência _____

HDA: Paciente vítima de acidente de moto ciclista
com fratura da bacia do fêmur direito

HD: Fratura do fêmur (D)

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Dr. José Carlos de A. Mendes
Ortopedia / Traumatologia
CRM P13537

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clínica/Posto: _____ Senha: _____





PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL.
PEDIDOS INCOMPLETOS NÃO SERÃO
ATENDIDOS

COLETA DA AMOSTRA PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS. *Souza*
 DATA: *27/12* HORA: *17:00* RESPONSÁVEL:
 RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO DA AMOSTRA:
 DATA: *27/12* HORA: *17:00* RESPONSÁVEL: *[assinatura]*

HOSPITAL: Neurocrest

No. DO CARTÃO DO SUS:

ENDEREÇO DO PACIENTE (Rua, nº, Bairro, Cidade/UF):

RECEPTOR/PACIENTE: Antonio Roberto de S.

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1973 IDADE: 44 ANOS

NOME DA MÃE: Fátima Rosa Gomes IDADE: 44 COR: SEXO: M ☒ F ☐ PESO:

☐ ENFERMARIA	☐ APT ^o	LEITO:	PRONTUÁRIO
-------------------------------------	---	--------	------------

LEITO:

PRONTUARIO:

CONVENIO

INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO / DIAGNÓSTICO:

AMBULATÓRIO: ☐ HOSPITAL: ☐

TRANSFUSÃO PRÉVIA: SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO ☐

REAÇÃO TRANSFUSIONAL: SIM ☐ NÃO ☐ TIPO: _____

HISTÓRIA DE GESTAÇÕES: G P A MEDICAMENTOS: REAÇÃO TRANSFUSIONAL: SIM ☐ NÃO ☐

EXAMES: Ht: _____ % Hb: _____ g/dl Plaquetas: _____

Flaquetas: _____ /mm³ TP: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____

TIPO DE TRANSUSÃO: PROGRAMADA / / ROTINA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐

HEMOCOMPONENTE SOLICITADO		QUANT.	VOLUME	URGÊNCIA	EMERGÊNCIA

	QUANT.	VOLUME	
CONCENTRADO DE HEMACIAS	02		() FENOTIPADO
CONCENTRADO DE PLAQUETAS			() FILTRADO
PLASMA FRESCO CONGELADO			() LAVADO
			() AFÉRESE

HEMODERIVADOS	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO
ONC. FATOR VIII			
ONC. FATOR VIII RICO EM APTW			
ONC. DE FATOR IX			
CPA			
FATOR VII			
UTROS			

Documentação médica

SANGRIA TERAPÉUTICA

ASSINATURA DO MÉDICO: Neu Karim bin Ali Yagoub
Crim - PI-2483

CRM / CPF

DATA

Documentacao medico - hospitalar



BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES DISTRIBUIDAS / TRANSFUNDIDAS

COMPONENTES DISTRIBUIDAS / TRANSFUNDIDAS					
HEMOCOMP.	N.º BOLSA	ABO / RH	VOLUME	PROVA CRUZADA	TRANSFUNDIDA SIM NÃO
CH-2	80522092762	OATB	385	() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
CH-7	072217120007	A F	325	() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO	
TIPAGEM RECEPTOR (ABO / Rh):	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (PAJ):		IDENTIFICAÇÃO DO ANTICORPO IRREGULAR:		
<i>[assinatura]</i>	() POSITIVA () NEGATIVA				
ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO:	LIBERAÇÃO:		RETIRADA DO HEMOI:		
<i>Vera Lúcia de S. Silva</i>	DATA: <i>27/11/12</i> HORA: _____		DATA: <i>28/11/12</i> HORA: <i>09:24</i>		
Em caso de Pesquisa de Anticorpos Irregulares Positiva os exames devem ser repetidos em 15 dias.					

2ª - Caso de Pesquisa de Anticorpos Irregulares Positiva os exames complementares necessários para identificação do(s) anticorpo(s) envolvido (s) estão descritos no verso da solicitação.

3ª - Em caso de transfusão em recém nascidos deverá ser encaminhada amostra da mãe. No caso de impossibilidade do envio da amostra, preencher termo de responsabilidade médica no verso da requisição.

4ª - Em caso de transfusão de emergência ou transfusão com prova cruzada incompatível, preencher termo de responsabilidade no verso.

XMEMCOR 501107





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getirahap@hotmail.com

Função: 2017 12 18 4220Z

Para: HRCE - Jiripirã PI **FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

Nome do Paciente: Antonio Roberto de Jesus Galvão
End.: do Paciente: Rua Landre Sales, Bairro Caixa D'Água
Responsável pelo paciente (Acompanhante): Rogério Braga (Esposa)

SUS: 898 0012 3027 6124
DADOS CLÍNICOS: DV: 05/04/73

Paciente 44 anos, vítima de acidente,
com metacarpo, admitido com dor
intensa em coxa direita e pé direito.
Glasgow (15) - Consciente. Possível fratura
fechada em fêmur direito e
em pé direito. Não disponibilizar
de radiografia no momento.
Recomenda de avaliação e
conduta ortopédica.
Pct estável, PA = 130 x 100 mmHg.
Operado: / Captopril 25mg - o/cp
/ Fome o/cp

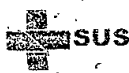
* História de ser diabético à Diabete

Pedro II (PI) 18/12/17

Dr. Diego C. Torre
MÉDICO
CRM-PI 6000

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	67024
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
898001230276124	05/04/1973
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2	GRACISCA GONÇALVES DE SOUSA
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO
() -	RUA LANDRES SALES, 38 - BOA ESPERANÇA
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
PEDRO II	2207900
15 - UF	16 - CEP
PI	64255-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<i>Paciente internado há 02 dias com febre 38,5°C</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO			
<i>Infecção</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<i>RA</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID PRINCIPAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOC.
<i>Inf. aguda</i>			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<i>Inf. aguda</i>			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CLÍNICA MÉDICA	URGÊNCIA	() CNS (x) CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)	
<i>José Carlos</i>	18/12/2017	<i>[Assinatura]</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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





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

Impresso: 18/12/2017 - 14:35:50

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO IDADE: 44 Anos SUS
ENFERMARIA: 0801-OBSERVAÇÃO ENF. LEITO: 080101 ADMISSÃO: 18/12/2017 DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/12/2017 - 14:32:02

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14GT5/MIN	14.20	14.20	15.00.15	proceder a coleta
FECHADO									
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SF0,9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H		18.00.00	18.00.00	18.00.15	proceder a coleta
TRAMADOL CLORIDRATO 100MG/ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H		18.00.00	18.00.00	18.00.15	proceder a coleta
2ML+100ML SF0,9%									
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00	FRAMPENDOVENOSA (EV)		1X DIA		06.00.00	06.00.00	06.00.15	proceder a coleta
ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML	1,00	SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA		18.00.00	18.00.00	18.00.15	proceder a coleta
(SUBCUTÂNEA)									
SSV+CCG6									

Yatania dos Santos Silva
Enfermeira
COREN/PI - 186.114

PROFISSIONAL



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

01/03

Impresso: 19/12/2017 - 17:07:29

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO IDADE: 44 Anos SUS
ENFERMARIA: OB01-OBSERVAÇÃO ENF. LEITO: OB0101 ADMISSÃO: 18/12/2017 DIAS INTERNADO: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

19/12/2017 - 17:07:19

DIETA LIVRE					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14GT5/MIN	
FECHADO					
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SFQ,9%	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H		(17:00) 14GT5 (07:55)
TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H		17:00 14GT5
2ML+100ML SFQ,9%					
OMEPRAZOL 40MG IM + DIL.	1,00	FRAMPENDOVENOSA (EV)	1X DIA		17:00 14GT5
ENOXAPARINA SODICA 20MG 0,2ML	1,00	SE/PR ENDOVENOSA (EV)	1X DIA		17:00 14GT5
(SUBCUTÂNEA)					
SSV+CCGG					

PROFISSIONAL





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 05553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362

Impresso: 20/12/2017 10:21:05
Pág.: 1/1

44 ANOS, 8 MESES, 13 DIAS

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO
ENFERMARIA: OB01-OBSERVAÇÃO ENF. LEITO: 080101

ADMISSÃO: 18/12/2017

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20/12/2017 - 08:38:31

Evolução Médica

08:38:18

PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO COM FRATURA DIAFISE DE FÊMUR DIREITO AGUARDA TRANSFERENCIA

DIETA LIVRE (Medicav)					
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SF0,9%	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12	12:00	12:00
TRANADOL, CLORIDRATO 100MG/ML 2ML+100ML SF0,9%	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	06:00	14:00
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00 FRAM	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	12:00	
ENOXAPARINA SODICA 20MG 0,2ML (SUBCUTÂNEA)	1,00 SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	12:00	
JEICO SOROLISADO	1,00				

SSV+CCGG

20/12/17 - 12:34: Paciente apresentando deforma irregular
1) Gentamicina 80mg - 01amp. a AD EV 08/08L. 12:45 12:00 - 12:00
2) Bupropion 150mg - 01amp. a AD EV 08/08L. 12:45 12:00 - 12:00
3) Analg - 40mg VO. 8/8L. 12:45 12:00 - 12:00
4) Venflon 742 CC. OK!
5) Dieta consistente.

Dra. Rayala Cisse
MÉDICA
CRM-PI 6620

Dr. Renato Jorge C. Oliveira
CRM-PI 2412
Otorrinolaringologista

PROFISSIONAL

20/12/17 - 12:34: 12:00
CC. 12:00 12:00

IPG SOLUCOES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



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

Pág: 1/1

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO IDADE: 44 Anos SUS
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0706 ADMISSÃO: 18/12/2017 DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

21/12/2017 - 13:07:35

DIETA CONSTIPANTE					
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SFO 9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	20.12.17 12h
TRAMADOL CLORIDRATO 100MG/ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	20.12.17 08h
2Ml+100ML SFO 9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	20.12.17 08h
OMEPRAZOL 40MG (M) + DIL.	1,00	SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	20.12.17 08h
ENOXAPARINA SODICA 20MG 0,2ML (SUBCUTANEA)	1,00				20.12.17 08h
HELO SOROLUSADO	1,00				20.12.17 08h
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	20.12.17 08h
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	20.12.17 08h
SODMG/ML AMP 5ML	1,00	COMP	ORAL	08/08H	20.12.17 08h
SIMETICONA 40MG - COMP	1,00	COMP	ORAL	08/08H	20.12.17 08h

SSV+CCGG

Dr. Ednan Soares Coutinho
Pneumologista
CRM - PI 4427

PROFISSIONAL

Guilherme Nascimento Ferreira Gomes
Técnica em enfermagem
CORENEN-PI 10.009

21.12.17 PA: 140x90mmHg
TAXA: 36.2°C



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564/000480
TELEFONE: (86) 3276-3362

Impresso: 22/12/2017 - 08:26:54

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1010949-ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO IDADE: 44 Anos SUS
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETTO: CM07/06 ADMISSÃO: 18/12/2017 DIAS INTERNADO: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

22/12/2017 - 08:26:50

DIETA LIVRE

CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SFO,9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	00	12	
TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	20	04	12
2ML+100ML SFO,9%							
OMEPRAZOL 40MG (M) + DIL.	1,00	FRAMP/ENDOVENOSA (EV)		1X DIA	06		
ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML	1,00	SE/PR	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	32		
(SUBCUTÂNEA)							
JEICO SOROUSADO	1,00						

SSV+CCGG

Dr. Adriel Leão
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
3888 TET 1400
37:00 paciente, condente
deitado, parvo, suíte
ao lado por proteção em
tumor (C), família levou o
paciente para avaliação
clínica neurológica
em 14/12/2017
Enfermeira
CORTES

PROFISSIONAL

**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 Atendimento)

Atendimento: P0155873
Data: 18/12/2017
Funcionário: CLEANE

Registro: 67024
Hora: 11:59:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha **7**

SUS

ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

Nasc.: 05/04/1973 Idade: 44 ANOS, 8 MESES, 13 DIAS Profissão: MOTORISTA CPF: - RG: 1.282.804 - SUS: 898001230276124
End.: RUA LANDRES SALES, 38 - Bairro: BOA ESPERANÇA Cidade: **PEDRO II/PI** Civil: CASADO(A) CEP: 64260-000
Cor: SEM Telefone: () - Mãe: GFRANCISCA GONÇALVES DE SOUSA Pai: FRANCISCO ALVES GALVAO

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 5928 - VINICIUS AMADO DE SOUSA COSTA

Responsável: ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

18/12/2017 11:55 0301060051 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ENCAMINHADO DE PEDRO II

Exame clínico/físico:

Vitalidade e exame físico

Diagnóstico provável:

neurologia com rx. e

Medicação:

duplo to fam D.

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

Interconsulta +
regulagem de sus

Dr. José Carlos de A. Mendes
Ortopedia / Traumatologia
CRM PI 3537

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:21:05
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210210533800000010684141

Responsável: ANTÔNIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

PROFISSIONAL





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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA ____/____/____ HORA: ____ Nº DO TELEFONE: (86)99925-0506

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chagas Rodrigues MUNICÍPIO: Piripiri

MÉDICO: ____ CRM: ____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antônio Roberto da Sousa Bahia

Data do Nascimento: ____ Idade: 44 Sexo: ☒ Masculino () Feminino

Mãe: ____

RG ou CPF: ____ Cartão Nacional de Saúde: ____

Endereço: ____

Município de Procedência: ____

HDA: paciente vítima de acidente de moto ciclista
com fratura da bacia do fêmur direito

HD: frat bacia do fêmur (D)

ESCALA DE GLASGOW: ____

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Dr. José Carlos de A. Mendes
Ortopedia / Traumatologia
CRM PI 3537

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: ____

Clinica/Posto: ____ Senha: ____



Neurocentro
(ENDEMPRESA)
Engeplus - SISAC - Engenharia de Sistemas

22/12/2017 19:52:22

FICHA INTERNAÇÃO

Nome ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO
Prontuário 269146.01
Sexo Masculino
Profissão MOTORISTA
Identidade 1282804/SSP
Data Nascimento 05/04/1973
Idade 44 anos
CPF 47924691391
Filiação Ragele Leandra Sales/
Endereço Rua LEANDRE SALES 38
Bairro Centro
Cidade Pedro II/PI
Telefone
Responsável ESPOSA
End. do Resp.

Convênio PARTICULAR.

Código Paciente 269146

Matricula SN

Titular

Guia de Internação

Validade Carteira / /

Útl. Pagto / /

INTERNAÇÃO:

Data de Entrada 22/12/2017 19:40:00

Acomod. Autoriz. Apartamento

Local FELICIDADE - apartamentos

Tratamento 6.Cirúrgico

Recepção SIMONE

Médico GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO

Diagnóstico

Procedimento

Histórico Fratura de Femur Direito

Observação

X Ragele Leandra Sales Galvão



RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

Diagnóstico Pré-operatório

Cirurgia

Cirurgia

Instrumentador

Data da Cirurgia

Diagnóstico Pós-cirúrgico

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Cirurgia

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Técnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)

- ① Pericúte no b corpo inteiro
- ② Incisão em coxa direita
- ③ Drene
- ④ RAFI patela de fêmur com placa DCS e parafusos
- ⑤ Retensão de enxerto de condilo femoral
- ⑥ Revisão e controle radiológico
- ⑦ Sutura + curativos

Dr. Glaucio Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 2775 / TEOT 10604



BOLETIM DE CONTROLE DE PEQUENA CIRURGIA DATA 23/12/17

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Roberto de S. Galvão</u>	NOME DO PROTOUÁRIO: <u>26914601</u>
CIRURGIÃO: <u>Glauco T. T. T. T.</u>	AUXILIAR:
CIRURGIA: <u>Fratura de Fêmur</u>	CONVÊNIO:
ANESTESISTA: <u>João José</u>	ANESTESIA: <u>Periférica</u>
INSTRUMENTADO: <u>Almeida</u>	CIRCULANTE: <u>Tatiana</u>

Tatiana de Oliveira Silva
Téc. Enfermagem
COREN - PI 1048507



0122171202001

COLÉGIO EXTERNA

29226022509

MATERIAL DE CONSUMO

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
	MATERIAIS		
201026	AGULHA 40/12	UND	04
201025	AGULHA 30/8	UND	04
201021	AGULHA 25/7	UND	
	AGULHA 13/45	UND	
	CLIP DE VIDEO	UND	
	SCALP Nº	UND	
	JELCO Nº	UND	
	POLIFIX 2 VIAS	UND	
	TORNEIRINHA	UND	
	IRRIGOPLAS VIAS	UND	
	SANGOFIX (EQUIPO)	UND	
	TELA DE PROLENE	UND	
	TRANSSOFIX	UND	02
	EQUIPO MAGROGOTAS	UND	
203001	ESPARADRAPO	CM	100
81804	MICROPORO ESTÉRIL	CM	
	LAMINA BISTURI Nº	UND	02
	LUVA ESTÉRIL Nº	PAR	06
	LUVA ESTÉRIL Nº	PAR	06
	LUVA DE PROCED TAM:	PAR	30
	SONDA DE FOLEY Nº	UND	
	SONDA URETAL Nº	UND	
	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	UND	
	SONDA NASOGASTRICA Nº	UND	
	CAPA DE VIDEO	UND	
	CATETER PARA OXIGÊNIO	UND	
	COLETOR DE URINA S. FECHADO	UND	
233002	COLETOR DE URINA S. ABERTO	UND	

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
	CATETER DUPLO J Nº	UND	
	DRENO SUCTOR Nº	UND	
	DRENO DE PENROSE Nº	UND	
	SERINGA 60cc	UND	
	SERINGA 20cc	UND	02
	SERINGA 10cc	UND	02
201043	SERINGA 05cc	UND	02
	SERINGA 03 cc	UND	
	SERINGA 01 cc	UND	
	ELETRODOS	UND	
	XYLOCAINA	GR	
	BOLSA DE COLOSTOMIA	UND	
	SOLUÇÕES		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml	FRSC	
142027	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml	FRSC	06
145026	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml	FRSC	
145030	SORO FISIOLÓGICO 0,5% 500ml	FRSC	
145029	SORO FISIOLÓGICO 0,5% 250ml	FRSC	
145020	ÁGUA DESTILADA 10ml	UND	
	ÁGUA DESTILADA 500ml	FRSC	
235007	PVPI TÓPICO	ML	
235006	PVPI DERGEMANTE	ML	
235001	ÁGUA OXIGENADA	ML	
	CLOREXIDINA ALCOOLICA	ML	200
	CLOREXIDINA DEGERMANTE	ML	200
	ÉTER	ML	
	SORBITOL	UND	
	ÁLCOOL A 70%	ML	200



CÓDIGO	FIOS	UND	QUANT
	CAT GUT SIMPLES Nº 2,0	ENV	
	CAT GUT SIMPLES Nº 3,0	ENV	
	CAT GUT SIMPLES Nº 5,0	ENV	
	CAT GUT CROMADO Nº 0	ENV	
	CAT GUT CROMADO Nº 1	ENV	
	CAT GUT CROMADO Nº 2,0	ENV	
82394	CAT GUT CROMADO Nº 3,0	ENV	
	CAT GUT CROMADO Nº 4,0	ENV	
	CAT GUT CROMADO Nº 5,0	ENV	
	PROLENE Nº 0	ENV	
	PROLENE Nº 2,0	ENV	
	PROLENE Nº 3,0	ENV	
	PROLENE Nº 4,0	ENV	
	PROLENE Nº 5,0	ENV	
	VYCRIL Nº 0	ENV	02
	VYCRIL Nº 1	ENV	
	VYCRIL Nº 2,0	ENV	
	VYCRIL Nº 3,0	ENV	

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
	VYCRIL Nº 4,0	ENV	
	VYCRIL Nº 5,0	ENV	
204004	MONONAYLON Nº 2,0	ENV	04
	MONONAYLON Nº 3,0	ENV	
	MONONAYLON Nº 4,0	ENV	
	MONONAYLON Nº 5,0	ENV	
	MONONAYLON Nº 6,0	ENV	
	CAPROFYL Nº 3,0	ENV	
	CAPROFYL Nº 4,0	ENV	
	CERA PARA OSSO	ENV	
	POLYCOT Nº 2,0	ENV	
	POLYCOT Nº 3,0	ENV	

CÓDIGO	APARELHO	UND	QUANT
	ASPIRADOR	X	
	BISTURI ELÉTRICO	X	
	BOMBA DE INFUSÃO		
	INTENSIFICADOR		
	VÍDEO LAPAROSCÓPICO		
	PERFURADOR		
	MICROSCÓPIO		
	MONITOR CARDÍACO	X	
CÓDIGO	GASES	INICIO	FIM
	AR COMPRIMIDO		
	GÁS CARBÔNICO		
	OXIGÊNIO		
	NITROGÊNIO		

CÓDIGO	GASES	UND	QUANT
	COMPRESSA	UND	30
	GASES	UND	30
	ATADURA CREPOM	UND	
	MÁSCARA	UND	06
	TOUCA	UND	06
	PROPÉS	UND	10
	ESCOVA	UND	03



NEUROCENTRO

PACIENTE: <u>Antonio Roberto de Sousa Galvão</u>	Nº PRONTUÁRIO: <u>26914601</u>
CONVÊNIO: <u>Pt</u>	
CIRURGIÃO: <u>Gerson Tugueire</u>	
DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL <u>23/12/17</u>	

ETIQUETAS OPME

REF: S0092

CAPA MICROSCÓPIO CIRURGICO S/ VISOR

Esterilização em Óxido de Etileno

Data Fabricação: 11/08/2017

Data Validade: 11/08/2019

Lote: 53

Contem 01 Unidade



Tatiana de Oliveira Silva
Téc. Enfermagem
COREN - PR 1048507

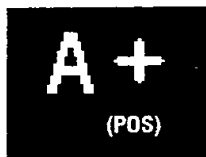
PAC: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO
HOSP: NEUROCENTRO DN: 05/04/1973
PRONT: 26914601 ENF: FELICIDADE LEITO: AP-13
RECEPTOR: ABO (A) RH(D): POSITIVO
HEMOC: ABO (A) RH(D): POSITIVO
HEMOC: (7) 0122171202001 VOL: 325 ML
PC: COMPATIVEL PAI: NEGATIVO
DATA: 22/12/2017 RESP: VERA

**DRENO PARA
WILT
TIPO SANFONA**

CONCENTRADO DE HEM CIAS



Volume: 380 ml
Armazenar: Entre 2 e 6 C
Sol. Anticoag.: [x]CPDA-1



IGS

NAO ADICIONAR
MEDICAMENTOS



Volume: 380 ml
Armazenar: Entre 2 e 6 C
Sol. Anticoag.: [x]CPDA-1

ONC. HEM CIAS LEUCORREDUZIDA



HEMOPÍ CENTRO DE HEMATOL. E HEMOTERAPIA DO PIAUI
RUA PRIMEIRO DE MAIO, 235 - CENTRO - CEP 64.001-000

HEMOC: (2) 60522092762 VOL: 380 ML
PC: COMPATIVEL PAI: NEGATIVO
RESP: VERA
DATA: 22/12/2017

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:21:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210210533800000010684141

Número do documento: 20081210210533800000010684141

Num. 11275933 - Pág. 63

(LOGO)

Neurocentro

Rua Olavo Bilac, Centro, 1737, sala 01

SISAC: Sistema de Gestão Hospitalar



0065177

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO**
 Código 269146.01
 Nascimento 05/04/1973
 Idade 44 anos
 Convênio PARTICULAR.
 Matrícula SN
 Médico Assistente Glauson Tuquarre Nascimento
 Dir. Técnico Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958
 Médico Prescritor Glauson Tuquarre Nascimento
 Alergia Alergias não info.

Prontuário 269146
 Leito FELICIDADE
 Internação 22/12/2017
 Internado 1 dias
 Número 65177
 Data 23/12/2017 11:57:07
 Página 1

Diagnóstico: S72 Frat do femur
 poi de fratura de femur
 Enfermagem: CCGG
 Nutrição: LIVRE

MEDICAÇÃO**HORÁRIO****Medicação endovenosa**

1 CEFALOTINA (KEFLIN) 1G FR - 1 FR + AD 10 ML 10ml EV [8/8]

2 GENTAMICINA AP 80MG/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [8/8]

3 CETOPROFENO (PROFENID) 100MG FR - 1 FR + S.F 100 ML 100ml EV [12/12]

4 RANITIDINA (ZYLUM) 50MG/2ML AP - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [12/12]

5 DIPIRONA AP 1G/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [6/6]

6 TRAMADOL AP 100MG/2ML - 1 AP + S.F 100 ML 100ml EV [8/8]

7 CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ML FR - 1 FR EV [8/8]

Medicação via oral3 LEXOTAN 6 MG (s/def apr) - 1 CP VO 1 vez
Antes de dormir**Outras vias**

3 HEPARINA (LIQUEMINE) 5000UI/0,25ML AP - 1 AP SC [8/8]

Ass
 Dr. Glauson Tuquarre Nascimento
 CRM 2775

09.04

24.12.17

Uta médica, FO limpo e seco, entregue
 receitas e orientações Gerais.

Dr. Glauson Nascimento
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 2775 / TEOT 10604



UNGO)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR
Idade	44 anos	Data	02/01/2018
Peso	,00 Kg	Internado	2 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 3907
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

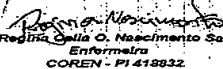
APLICAÇÕES

HORA	Descrição	Usuário

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
24/12/2017 08:30	Realizado banho no leito. e feito curativo em F.O. retirado dreno de sucção.	 Francisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
24/12/2017-10:49	paciente teve alta hospitalar de Ambulância,acompanhado dos familiares.	 Francisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
24/12/2017 09:58:00	Paciente segue no 1ºDPO DE FRATURA DE FÊMUR.Consciente,orientado,fasico.Ssvv dentro das normalidades.Em hidratação venosa em AVP.Dieta por v.o,bem aceita.Diurese espontanea presente.Segue sem queixas algicas e mantem sob cuidados Gerais.A seguir realizado banho no leito,feito troca de curativo da F.O,aspecto limpo e seco.Retirado dreno suctor e instalado tala gessada.Recebeu visita médica liberado alta hospitalar,entregue receita médica e informado sobre retorno ambulatorial.	 Regina Aparecida Enfermeira COREN - PI 418832
	Alta hospitalar	 Francisca das Chagas M. Mendes Enfermeira COREN - PI 501602



30)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
Idade	44, anos	Data	24/12/2017
Peso	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 3901
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic.Capilar	SNG	Diurese	Dreno1	Dreno2	Dreno3	Responsável
	mmHg	irm	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	
23/12/17	120 X 80	20	72	36	96	0	0	0	0 00	0 00	0	MSP FANTOS Marta Solidade Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 82984
23/12/17 12:53	120 X 80	19	70	36.5	0	0	0	0	0	0	0	Fracisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
23/12/17 17:55	120 X 80	19	60	37.6	0	0	0	0	0	0	0	Fracisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
23/12/17 18:01	0 X 0	0	0	0	0	0	0	0	400 SUCC AO	0	0	Fracisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
24/12/17 06:00	120 X 80	20	70	36	96	0	0	0	160	0	0	MSP FANTOS Marta Solidade Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 82984

APLICAÇÕES

HORA	Descrição	Usuário

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
23/12/2017 11:39	PACIENTE RETORNA DO C.C SOB EFEITO ANESTESICO COM DRENO DE SUCCÃO.	Fracisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
23/12/2017 11:46	auxilio em passagem de sonda de alívio.	Fracisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
23/12/2017 14:00	Administrado medicações de horario(cefalotina+ad,profenid soro de 100 ml,ranitida+ad)paciente segue sem queixas algicas.segue sob cuidados da equipe.	Fracisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
23/12/2017 15:59	Administrado medicação prescrita de horario.(dipirona+ad,tramal+soro de 100ml.e heparina CS.	Fracisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
23/12/2017 16:00	Paciente evolui no POI de fratura de femur.consciente,orientado,fásico,deambulando,em soroterapia.SSVV estavel.dieta livre.aceita dieta oferecida.com dreno de sucção com devido.eliminações fisiologices.prntes .seguem queixas algicas segue sob cuidados da equipe.	Fracisca Joyce N. da Silva Técnica Enfermagem COREN - 802270
23/12/2017 19:21	Recebo pacte em POI DE FRATURA DE FEMUR consciente , orientado ,fásico , com AVP pèrvio DIURESE espontanea segue cuidados de enfermagem	MSP FANTOS Marta Solidade Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 82984
23/12/2017 21:54	adm CEAFALOTINA+AD EV , DIPIRONA+AD EV , ADM LEXOTAN COM VO de horário .	MSP FANTOS Marta Solidade Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 82984
24/12/2017 06:00	adm CEAFALOTINA+AD EV , de horário .	MSP FANTOS Marta Solidade Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 82984

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
------	-----------	-------------



U)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
Idade	44 anos	Data	24/12/2017
Peso	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 3901
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

23/12/2017 07:06:00	Paciente encaminhado para CC ,em soroterapia ,de maca ,exame anexo ao prontuario ,segue aos cuidados da equipe.	Simone da Silva Riottinto Enfermeira COREN - 488.874
23/12/2017 11:46:00	Paciente retornou do centro cirurgico após POI DE FRATURA DE FÊMUR.Sob efeito de anestsesia raque,consciente,orientado,algo sonolento.Ssvv estaveis.Em soroterapia em AVP,veio com hemoconcentrado.Dieta libera apos efeito anestésico.Diurese sendo repassado sonda de alivio,conforme ordem médica.Segue sem queixas algicas e mantem sob cuidados Gerais.Veio com dreno suctor,funcionante,porém com pouco debito.Aguarda RX de controle.	Regina O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418832
23/12/2017 20:03:00	Paciente segue em POI DE FRATURADE DE FÊMUR.Consciente,orientado,fásico,em repouso no leito.Ssvv mantidos.Em hidratação venosa em AVP.Dieta liberada bem aceita.Mantem com dreno suctor em F.O,sem debito no momento,sendo desprezado as 18hrs.Diurese espontanea ausente ate momento.Segue sem queixas algicas e mantem sob cuidados Gerais.	Regina O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418832
23/12/2017 22:23:00	Em tempo:as 17:15hrs,realizado rx de controle,encaminhado images para médico assistente(Dr.Glauson).	Regina O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418832
24/12/2017 07:02:00	Paciente segue sem queixas algicas.desprezado dreno suctor com debito de 150ml.Diurese espontanea presente.Aguarda visita médica.	Regina O. Nascimento Enfermeira COREN - PI 418832



GO)	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
Idade	44 anos	Data	23/12/2017 14:02
Peso	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Prescrição nº 65179
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			

Padrão respiratório ineficaz relacionado a:

Dor

Fadiga da musculatura

Risco para infecção relacionado a:

Procedimentos invasivos

Destruição de tecidos

Integridade da pele prejudicada relacionada a:

Fatores mecânicos

Dor relacionada a agentes lesivos (químicos, físicos e biológicos)

Déficit no autocuidado para eliminação, higienização e higiene íntima relacionado a:

Dor

Ansiedade, medo relacionada a:

Ameaça ou mudança do estado de saúde

Nervosismo

Distúrbio no padrão do sono relacionado a:

Iluminação

Distúrbios do sono

Dor

POI DE OPERATÓRIO FRATURA FEMUR

	INTERVENÇÕES	HORÁRIO		
1.	Estimular hidratação oral	TARDE	NOITE	
	Lavar as mãos antes e após manuseio com paciente	MANHÃ	TARDE	NOITE
	Manter lençóis limpos e secos bem esticados	MANHÃ	TARDE	NOITE
2.	Executar/supervisionar banho	MANHÃ		
3.	Fazer higiene oral com solução antisséptica	MANHÃ		
4.	MANTER CUIDADOS GERAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE
5.	Manter cabeceira elevada -30--º	ATENÇÃO		
6.	cuidados de enfermagem com dreno suctor desprezar e anotar	TARDE		
7.	Registrar peso e altura	SEMPRE		
8.	Supervisionar infusão venosa e gotejamento	MANHÃ	TARDE	NOITE
9.	Verificar sinais vitais 6/6 hs	12	18	
10.	eleva grades laterais da cama	MANHÃ	TARDE	NOITE

Ass.

Regina Costa O. Nascimento Saraiva
COREN 418832



(LOGO)

Neurocentro
Rua Olavo Bilac, Centro, 1737, sala 01
SISAC Sistema de Gestão Hospitalar



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO**
Código 269146.01
Nascimento 05/04/1973
Idade 44 anos
Convênio PARTICULAR.
Matrícula SN
Médico Assistente Glauson Tuquarre Nascimento
Dir. Técnico Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958
Médico Prescritor Glauson Tuquarre Nascimento
Alergia Alergias não info.

Prontuário 269146
Leito FELICIDADE
Internação 22/12/2017
Internado 0 dias
Número 65171
Data 22/12/2017 20:04:21
Página 1

Diagnóstico: S72 Frat do Femur
PRE DE FRATURA DE FEMUR
Enfermagem: SSVV
Nutrição: DIETA ZERO APRTIR DAS 22HRS.

MEDICAÇÃO

HORÁRIO

Medicação endovenosa

1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ML FR - 1 FR EV [8/8]	21:00 - 08:00
2	CEFALOTINA (KEFLIN) 1G FR - 1 FR + AD 10 ML 10ml EV [8/8]	22:00 - 06:00
3	CETOPROFENO (PROFENID) 100MG FR - 1 FR + S.F 100 ML 100ml EV SOS	22:00 - 04:00 - 19:00
4	DIPIRONA AP 1G/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [6/6]	21:00 - 05:00
5	TRAMADOL AP 100MG/2ML - 1 AP + S.F 100 ML 100ml EV [8/8]	
6	BROMOPRIDA AP (PLAMET) 10MG/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV SOS	

Medicação via oral

7	LEXOTAN 3 MG. (s/def apr) - 1 CP VO 1 vez	22/12/2017 22:00
---	---	------------------

Outras vias

8	RANITIDINA (ZYLUM) 50MG/2ML AP - 1 AP + AD 10 MLml IM [2/12]	22:00 - 19:00
---	--	---------------

Ass. Glauson Tuquarre Nascimento
CRM 2775



	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO.ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
Idade	44 anos	Data	22/12/2017 21:54
Peso	70,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	1,70 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Prescrição nº 65172
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			

Padrão respiratório ineficaz relacionado a:

Dor

fadiga da musculatura

Risco para infecção relacionado a:

procedimentos invasivos

destruição de tecidos

integridade da pele prejudicada relacionada a:

fatores mecânicos

Dor relacionada a agentes lesivos (químicos, físicos e biológicos)

Deficit no autocuidado para eliminação, higienização e higiene íntima relacionado a:

Dor

ansiedade, medo relacionada a:

ameaça ou mudança do estado de saúde

Nervosismo

Distúrbio no padrão do sono relacionado a:

urinação

Distúrbios do sono

Dor

PRE- OPERATÓRIO FRATURA FEMUR

INTERVENÇÕES	HORÁRIO
Estimular hidratação oral	SEMPRE
Lavar as mãos antes e após manuseio com paciente	MANHÃ TARDE NOITE
Manter lençóis limpos e secos bem esticados	MANHÃ TARDE NOITE
Executar/supervisionar banho	MANHÃ
Fazer higiene oral com solução antisséptica	MANHÃ
MANTER CUIDADOS GERAIS	MANHÃ TARDE NOITE
Manter cabeça elevada -30--º	ATENÇÃO
Orientar jejum a partir de:22 horas	ATENÇÃO
Orientar a retirada de próteses, jóias, etc.	ATENÇÃO
Registrar peso e altura	SEMPRE
Supervisionar infusão venosa e gotejamento	MANHÃ TARDE NOITE
Verificar sinais vitais 6/6 hs	12 18 24 06
eleva grades laterais da cama	SEMPRE

Ass. Simone da Silva Rioto
Enfermeira
COREN 488874
Simone da Silva Rioto
COREN 488874



Local	Neurocentro		
Paciente	ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO	Convênio	PARTICULAR.
Idade	44 anos	Data	23/12/2017
Peso	1,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	1,00 m	Prontuário	269146.01
Médico	Glauson Tuquarre Nascimento	Leito	FELICIDADE
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 3900
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic.Capilar	SNG	Diurese	Dreno1	Dreno2	Dreno3	Responsável
	mmHg	irm	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	
23/12/17 00:13	120 X 80	18	79	36	99	0	0	0	0	0	0	Simone da Silva Riolinto Enfermeira COREN-488.874
23/12/17 06:00	130 X 70	18	80	36,5	99	0	0	0	0	0	0	Simone da Silva Riolinto Enfermeira COREN-488.874

APLICAÇÕES

HORA	Descrição	Usuário

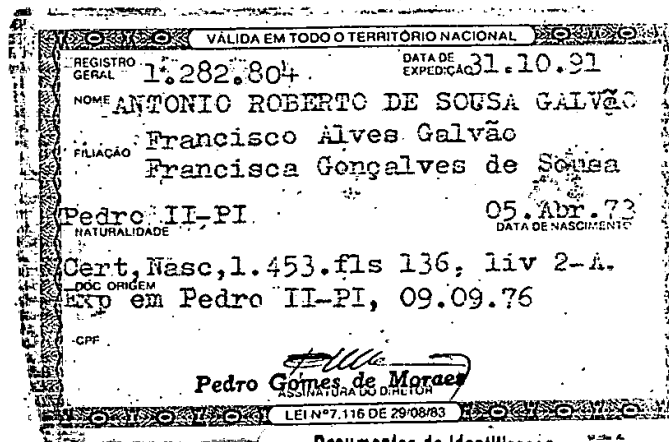
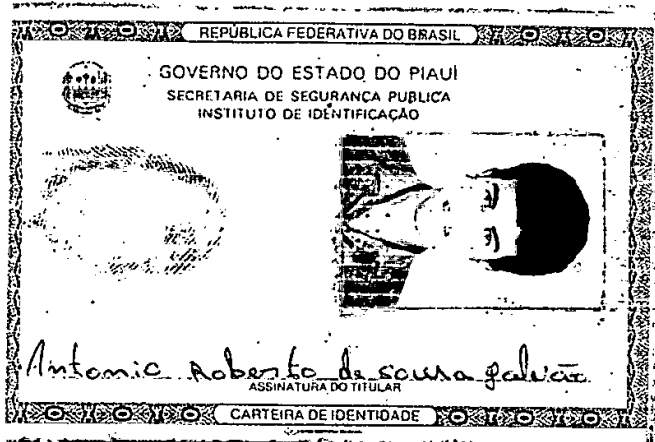
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
22/12/2017 21:00	ADMINISTRADO SF 0,9% ,TRAMAL+SF 100ML DE HORARIO.	Maria do Socorro M. Mendes Tec. Enfermagem COREN-PI 596794
22/12/2017 22:00	ADMINISTRADO CEFALOTINA+AD EV ,DIPIRONA+AD EV ,LEXOTAN V.O ,RANITIDINA+AD EV DE HORARIO.	Maria do Socorro M. Mendes Tec. Enfermagem COREN-PI 596794
22/12/2017 22:30	paciente segue consciente,orientado,fasico.ssvv estavel sem queixas no momento.realizado medicação de horario(tramai,dipirona,ranitidina,cefalotina,lexotan)segue sob cuidados.	Maria do Socorro M. Mendes Tec. Enfermagem COREN-PI 596794
23/12/2017 04:00	ADMINISTRADO DIPIRONA+AD EV ,DE HORARIO.	Simone da Silva Riolinto Enfermeira COREN-488.874
23/12/2017 05:00	ADMINISTRADO SF ,TRAMAL+SF 100ML ,DE HORARIO.	Simone da Silva Riolinto Enfermeira COREN-488.874
23/12/2017 06:00	ADMINISTRADO CEFALOTINA+AD EV ,DE HORARIO.	Simone da Silva Riolinto Enfermeira COREN-488.874

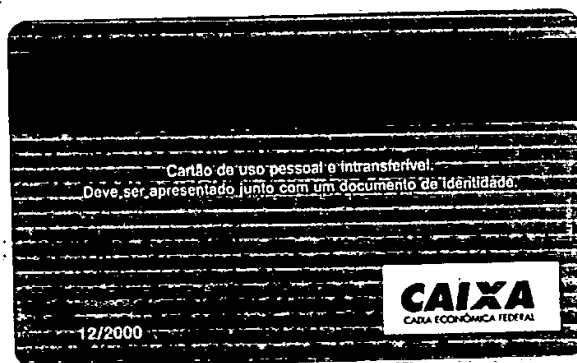
VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
22/12/2017 21:36:00	Paciente admitido para tratamento cirurgico ,fratura femur ,procedente do hospital de pipiriri ,relata acidente automobilistico dia 18/12 /17 ,acompanhado da esposa,veio de maca ,consciente ,orientado ,fasico,eupneico,respirando ar ambiente.Nega alergia medicamentosa,desconhece HAS E DM ,Ssvv estaveis ,PA=120X80mmhg ,FC 83 T37 C° ,glicemia capilar 114 mg/dl ,dieta zero aparti das 22horas ,eliminações presente ,instalado soroterapia ,segue aos cuidados da equipe.	Simone da Silva Riolinto Enfermeira COREN-488.874
22/12/2017 22:54:00	Realizado coleta sangue encaminhado para hemopi ,exames laboratoriais hemograma ,coagulograma ,aguarda resultados .	Simone da Silva Riolinto Enfermeira COREN-488.874





Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  <i>Antonio Roberto de Sousa Galvão</i> ASSINATURA DO TITULAR	VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REGISTRO GERAL 1.282.804 DATA DE EXPEDIÇÃO 31.10.91 NOME ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO FILIAÇÃO Francisco Alves Galvão Francisca Gonçalves de Sousa Pedro II-PI 05.Abr.73 NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO Cert. Nasc. 1.453. fls 136, liv 2-A. Exp em Pedro II-PI, 09.09.76 CPF <i>Pedro Gomes de Moraes</i> ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.118 DE 29/08/83
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição: **479.246.913-91**

ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVÃO

05/04/1973

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão: 12/2000

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Documentos de Identificação



**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.

Número do Sinistro: **3180141780**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R LANDRI SALES, 38 - BOA ESPERANCA - Pedro II - PI - CEP 64255-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1.282.804**

Data e local do acidente: [**18/12/2017**] **PEDRO II- PIAUI**

Data e local do exame: [**13/04/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR DIREITO(CID 10:S 72.2);

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

PACIENTE RELATA QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO EM VIA PUBLICA EM 18/12/17;FOI SUBMETIDO EM 23/12/17 A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR DIREITO COM FIXACAO COM PLACA DCS 95° E PARAFUSOS E ENXERTIA OSSEA.RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 24/12/18.EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE.

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

PRESENCA DE CICATRIZ EM FACE LATERAL DA COXA DIREITA;DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR EM COXA DIREITA,RESTRICAO DOS ULTIMOS GRAUS DE FLEXAO DO JOELHO DIREITO,EXTENSAO DO JOELHO DIREITO COMPLETA;ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL E TORNOZELO DIREITOS COMPLETOS.

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 susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [**X**] Não

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

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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

(☒) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em **180** 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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100%
completo

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



Raphael Neves Bona - CRM: 2485 - PI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107972/18
Vítima: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO Data do Acidente: 18/12/2017
CPF: 479.246.913-91 CPF de: Próprio Titular do CPF: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO : 479.246.913-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2018
Nome: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO
CPF/CNPJ: 479.246.913-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO

JULIANA MARQUES RODRIGUES





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Antonio Roberto de Sousa Galvão

DATA DO ACIDENTE 18/12/2017 CPF DA VITIMA 479.246.913-94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Janderu Sales no

Nº 38 COMPLEMENTO BAIRRO Boa Esperança

CIDADE Pedra # UF CEP 64255-000

E-MAIL Rogelbueno@outlook.com TELEFONE (86) 99493-7670

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITAIRES QUITADAS

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

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

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07.03.18

IDENTIDADE 1.282.804

ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07.03.18 MATR. CORREIOS 07.03.18

NOME [Nome]

ASSINATURA [Assinatura]

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107972/18
Vítima: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO
CPF: 479.246.913-91
Data do Acidente: 18/12/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO : 479.246.913-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2018
Nome: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO
CPF: 479.246.913-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO

Alexandre Tavares Belfort





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

358014180 - Acar

VITIMA Autonno Roberto de Souza Galvão

DATA DO ACIDENTE 28/12/2017 CPF DA VITIMA 479.246.913-91

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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

A VITIMA É Autonno Roberto de Souza Galvão

ENDERECO DO PORTADOR Rua Jandara Sales

Nº 38 COMPLEMENTO Bom Jardim BAIRRO Boa Esperança

CIDADE Pedro UF CE CEP 64255000

E-MAIL hagdebragaoutlook.com TELEFONE (86)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/06/18

IDENTIDADE 1.253.804

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____

NOME _____

ASSINATURA _____

quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180141780 **Cidade:** Pedro II **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO **Data do acidente:** 18/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180141780 **Cidade:** Pedro II **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO **Data do acidente:** 18/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EM FACE LATERAL DA COXA DIREITA; DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR EM COXA DIREITA, RESTRIÇÃO DOS ÚLTIMOS GRAUS DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO COMPLETA; ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL E TORNOZELO DIREITOS COMPLETOS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE RELATA QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO EM VIA PUBLICA EM 18/12/17; FOI SUBMETIDO EM 23/12/17 A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR DIREITO COM FIXAÇÃO COM PLACA DCS 95° E PARAFUSOS E ENXERTIA OSSEA. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 24/12/17, EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/04/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do joelho devido a limitação da flexão articular (sem descrição de outro tratamento específico).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Raphael Neves Bona

CRM do médico: 2485

UF do CRM do médico: PI

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA GALVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04623

CONTA: 000000013508-9

Nr. da Autenticação 9CB01AC6D3EEC6CF

