

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004811

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004811 **Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE**

Data do Acidente: 09/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 3.037,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000003101

Conta: 0000020855-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

969.902.102-06 William Coelho Duarte

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

5 - Nome completo:

William Coelho Duarte

6 - CPF:

969.902.102-06

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Av. BR de Castelo Branco

9 - Número:

620

10 - Complemento:

11 - Bairro:

urbano

12 - Cidade:

Turina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 99072-9591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3103

01

CONTA: 20855

4

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (nainascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Turina - PI 08.12.19
William Coelho Duarte

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011425/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 15:51 Data/Hora Fim: 22/11/2019 16:08
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguilar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 06/09/2019 02:30

5652-93

AVERBAÇÃO COM DATA CORRETA

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: AV. BARÃO DE CASTELO BRANCO

Bairro: Monte Castelo

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Méio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB) | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AP - Macapá Sexo: Masculino Nasc: 17/03/1988
Profissão: Barman
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Edna do Socorro Coelho Duarte

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua argentina Nº: 420
Bairro: cidade nova

Nome Civil: ELIANE BEATRIZ BARATA ALVES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Vigia Sexo: Feminino Nasc: 05/01/1988
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alcemira Palmerin Barata

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua argentina Nº: 420

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

1





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011425/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | | | |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Grupo | Veículo | Subgrupo | Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário | 028.521.243-51 | Placa | PIR6721 |
| Renavam | 01080199915 | Número do Motor | KC22E0G036405 |
| Número do Chassi | 9C2KC2200GR036405 | Ano/Modelo Fabricação | 2016/2015 |
| Cor | PRETA | UF Veículo | Piauí |
| Município Veículo | Teresina | Marca/Modelo | HONDA/CG 160 FAN ESDI |
| Modelo | HONDA/CG 160 FAN ESDI | Veículo Adulterado? | Não |
| Quantidade | 1 Unidade | Situação | Meio Empregado |
| Última Atualização Denatran | 07/03/2016 | Situação do Veículo | ALIENACAO FIDUCIARIA |
| Nome Envolvido | | Envolvimentos | |
| Dieime Willian Coelho Duarte | | Possuidor | |
| Grupo | Veículo | Subgrupo | Automóvel/Uítilário/Camioneta/Caminhon |
| Descrição | carro | Veículo Adulterado? | Não |
| Quantidade | 1 Unidade | Situação | Meio Empregado |
| Nome Envolvido | | Envolvimentos | |
| Desconhecido 1 | | Possuidor | |

AVERBACÃO

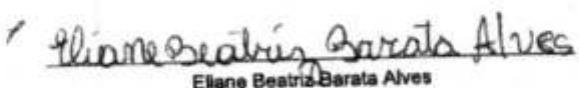


RELATO/HISTÓRICO

relata a noticiante que a vítima conduzia o veículo em endereço citado, quando um veículo não identificado colidiu na traseira de sua moto, onde o mesmo foi lesionado, socorrido pelo samu, encaminhado para o hut, prontuário 522254. declarações prestada pela noticiante.

ASSINATURAS


Admiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097816
Responsável pelo Atendimento


Eliane Beatriz Barata Alves
(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou (o) (a) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo que possam responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



AVERBAÇÃO

Boletim de Ocorrência PPE nº 011425/2019



AVERBA-SE A ESTE BO PARA INFORMAR QUE A DATA CORRETA
DO ACIDENTE É: 09/09/2019. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

↑ ↑ ↑ ↑

Teresina, 03 de janeiro de 2020.

Eliane Beatriz Barata Alves

Eliane Beatriz Barata Alves

Averbante

[Signature]

ALMIRALICE R, LEBRE CARLOS

APC

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

969.902.102-06 William Coelho Duarte

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

5 - Nome completo:

William Coelho Duarte

6 - CPF:

969.902.102-06

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Av. BR de Castelo Branco

9 - Número:

100

11 - Bairro:

urbano

12 - Cidade:

Turina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 99072-9591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3103

(Informar o dígito se existir)

01 CONTA: 20855

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nainascer)?

Sim

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Turina - Piauí 08.12.19
William Coelho Duarte

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **09/09/2019** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Dieime Willian Coelho Duarte** vítima de acidente de trânsito, tendo sido removido para o Hospital de Urgência de Teresina-HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe registrou a data do acidente do mesmo em **08/09/2019** ao invés de **09/09/2019**.

Teresina, 23 de Dezembro de 2019.

Aline R. Santos M.

p / **Marilia Veloso Cantanhede**
Gerente Administrativa
SAMU





| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|---|---|------------------------------------|---|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|------------------------------------|-------------------------------|---|--|
| Dados do Chamado | 01 N° do chamado 1359 | 02 Data do chamado 09/09/19 | 03 PRO (código) 2900 | 04 Saída do PA 311 | 05 Chegada ao local 31350 | | | | | | | | | | | | |
| | 06 Saída do local 3156 | 07 Chegada ao 1º hospital 3152 | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º Hospital | | | | | | | | | | | | | |
| Local da Ocorrência | 10 Endereço R. Rui Barbosa 1600 Centro Branco 11 Bairro Centro (02060) 12 Município-UF Teresina Código IBGE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Paciente | 13 Ponto de referência 14 Nome Belém Willian Paixão Marques 15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 Idade 17/03/78 | 1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> Ignorado | Se idade ignorada, preencha com 999 | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Ocorrência | HUT 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aditivo de Transporte | 19 Vítima <input type="checkbox"/> 1-Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2-Condutor <input type="checkbox"/> 3-Passageiro <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | 20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 1-A pé <input type="checkbox"/> 2-Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3-Motocicleta <input type="checkbox"/> 4-Bicicleta <input type="checkbox"/> 5-Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6-Outro <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | 21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 1-Automóvel <input type="checkbox"/> 2-Motocicleta <input type="checkbox"/> 3-Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4-Bicicleta <input type="checkbox"/> 5-Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6-Animal <input type="checkbox"/> 7-Outra <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | 22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança | | | | | | | | | | | | | |
| Exame Físico | 23 Glasgow = 15 | RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 4-Confusa 3-Palavras Inapropriadas 2-Palavras Incompreensíveis 1-Nenhuma | RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum | 24 Sinais Vitais P脉 70 Resp. 34 PA 134/9 TAX. 98 Sat02 98 | 25 Local da lesão | | | | | | | | | | | | |
| | 26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Igualas <input type="checkbox"/> Desiguais | 27 P脉 70 Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente | 28 Sangramento <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 29 0 Sem Dor <input type="checkbox"/> 1 Leve <input type="checkbox"/> 2 Moderada <input type="checkbox"/> 3 Intensa <input type="checkbox"/> 4 Muito Intensa <input type="checkbox"/> 5 Muito Muito Intensa <input type="checkbox"/> 6 Muito Muito Muito Intensa <input type="checkbox"/> 7 Muito Muito Muito Muito Intensa <input type="checkbox"/> 8 Muito Muito Muito Muito Muito Intensa <input type="checkbox"/> 9 Muito Muito Muito Muito Muito Muito Intensa <input type="checkbox"/> 10 Muito Muito Muito Muito Muito Muito Muito Intensa <input type="checkbox"/> | 30 Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| Assistência | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aspiração</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades</td> <td><input type="checkbox"/> Glicemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oxigênio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical</td> <td><input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar</td> <td><input type="checkbox"/> Acesso Venoso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curativos</td> <td><input type="checkbox"/> Kred</td> <td><input type="checkbox"/> Assistência obstétrica</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos a)</td> </tr> </table> b) _____ c) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> Aspiração | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta | <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades | <input type="checkbox"/> Glicemia | <input type="checkbox"/> Oxigênio | <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso | <input type="checkbox"/> Curativos | <input type="checkbox"/> Kred | <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica | <input type="checkbox"/> Medicamentos a) |
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta | <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades | <input type="checkbox"/> Glicemia | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio | <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Curativos | <input type="checkbox"/> Kred | <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica | <input type="checkbox"/> Medicamentos a) | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital de Destino | 32 Hospital de Destino HUT <input type="checkbox"/> Não Removido | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observações Interdisciplinar | 33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado 34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do acionamento <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <i>Paciente vindo de colina auto com cinto para férias no feriado de Ano Novo é assombrado, consultante oftalmologista</i> <i>CONFIRME COM O ORIGINAL</i> <i>Marília Veloso Consultante</i> <i>Medicina Legalizada na SAMU</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | K. Sena Nozemberg Responsável pela recepção | | Socorristas Médico guf AE/TE | Enfermeiro Condutor Silvia | | | | | | | | | | | | | |

CTR. GERAL DA
 ORTO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Wiliam

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|---------------------------|
| Nome: WILIAN COELHO DUARTE | | Prontuário: 522254 | |
| Mãe: EDNA SOCORRO COELHO DUARTE | Pai: | | |
| End. Resid.: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 | | | |
| Nascimento: 17/03/1988 | Idade: 31a5m23d | Sexo: Masculino Fone: 86-99936-5154 | |
| Responsável: FAGNER | CNS: | | |
| Profissão: | Documento: Reg.Nasc: não informado | | |
| G. Instrução: Não informado | E.Civil: Casado(a) | | |
| DADOS DO ATENDIMENTO: | | | |
| Código: 740383 | Entrada: 09/09/2019 04:08:25 | Convênio: S U S | Proced: 0301060061 |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | | |
| Conforme Paciente/Acomp: Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU | | | |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

| | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------|
| SSVV: | (Hora: _____ : _____) | | | |
| peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m² | P脉so: bpm | Pressão: mmHg |

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (MOTO-MOTO). HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, PACIENTE COM SINAIS DE EMBRIAGEM, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR MÃO D E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:100 BPM, SAT 02:99%,
- C) RR, 2T, BNP, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME GLOBOso, INDOLoR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.
- D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.
- E) ESCORIACAO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1304796) - T.C. DE CRANIO
- (1304797) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
- (1304798) - T.C. DE PELVE

Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO
 DATA: **09/09/2019** HORA: **04:11**
 TÉCNICO: **Luciano**

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: **/ /**

HORA:

Camila Batelha

09109629

100

RECORDED
SACRAMENTO
MAY 11 1930

RE

Chesapeake Bay, from dredge traps

TC Cōm̄w-

→ von Hundtusen med drosor

cori- sum condita numeroso

Storm Cook
Aug 31st

Ortoned.

05:04h

~~Parcente vítima de PAF em cossos quebrados,
origem de entodo e rajada. Descreve-se dor intensa
RX à pressão com fratura. Peito presente (tibial rot.
e pedras).~~

col. Roberto TC do cas e reavaliação aps

OBS: Evolução no protocolo de outro pt.

Dr. Antonio Galván C. S. Flores
Méjico
CON-PLA/BL/CON/MA 10/32

Em geral 9/01/19 8:30h

Paciente segue com edema abdominal intenso e ACT fisiológico. No tórax/abdomen sem hemopneumotórax, sem parêntese interno ou lig. liver.

Col: Alter da ein Kind

À orthopédie

④ Dr Thiago Diniz


Dra. Adriana M. Campelo
Médica
CRM-PI 7148

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: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03101

CONTA: 000000020855-7

Nr. da Autenticação DF3F10CCFDC07DCA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyllly Maria de Oliveira
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Dieime William Belchior Neves inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.902.102-06
 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Dieime William Belchior Neves
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.902.102/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---------|---------------|--|
| Endereço: | <u>Rua: 24 de Junho</u> | Número: | <u>554</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>Centro</u> | Cidade: | <u>Turina</u> | Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64.000-902</u> |
| E-mail: | | | | Tel.(DDD): <u>(86)994729543</u> |

Local e Data: Turina - Piauí 08.12.19

Kyllly Maria de Oliveira

Assinatura do Declarante

~~CIR. GERAL OR
ORTO~~

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

| | | |
|---|------------------------|---|
| <u>Nome:</u> WILIAN COELHO DUARTE | | <u>Prontuário:</u> 522254 |
| <u>Mãe:</u> EDNA SOCORRO COELHO DUARTE | <u>Pai:</u> | |
| <u>End. Resid.:</u> RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 | | |
| <u>Nascimento:</u> 17/03/1988 | <u>Idade:</u> 31a5m23d | <u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99936-5164 |
| <u>Responsável:</u> FAGNER | | <u>CNS:</u> |
| <u>Profissão:</u> | | <u>Documento:</u> Reg.Nasc: não informado |
| <u>G. Instrução:</u> Não informado | | <u>E.Civil:</u> Casado(a) |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <u>Código:</u> 740383 | <u>Entrada:</u> 09/09/2019 04:08:25 | <u>Convênio:</u> S U S | <u>Proced:</u> 0301060061 |
| <u>Motivo da Procura</u> conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | | |
| <u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU | | | |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------|
| <u>Final/Sintoma de Apresentação:</u> | <u>Classificação:</u> | <u>Cor:</u> |
| | | Indefinido |
| <u>Breve História Clas. Risco:</u> | | |

| | | | | | |
|--------------|------------------------------|----------------|-----------------------------|---------|---------------|
| <u>SSVV:</u> | <u>(Hora: _____ : _____)</u> | | | | |
| Peso: | 0,00 Kg | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m ² | P脉: bpm | Pressão: mmHg |

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (MOTO-MOTO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, PACIENTE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR MÃO D E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:100 BPM, SAT 02:99%
- C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME GLOBOSO, INDOLAR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.
- D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.
- E) ESCORIAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1304796) - T.C. DE CRANIO
- (1304797) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
- (1304798) - T.C. DE PELVE

Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO
 DATA: 09/09/2019 HORA: 04:11
 TÉCNICO: Luciano

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

DATA: 09/09/2019 HORA: 04:11
 MEDIDA: 7212
 CRM: 7212

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 CRM PI 3543 Em: 09/09/2019 04:23:42

José Luis M. S.

09/09/19

#1007

RE

DR. ADRIANO C. S. FERREIRA
CRM-PI 47390
Médico - Ortopedista
www.adrianoferreira.com.br

Classe 10, sem ósseo frax

TC Crânio

→ sem lesões intrínsecas ósseas

cor: sem evidente manutenção

Atencos Corde
cm 370

Ortopédio

OS: Dif.

Porcento vitimado PAF em coto esquerda,
origem de entrodo e raiz da. Osteosíntese óssea intensa
RX → não ver fratura. Outras presentes (tibial rot.
e pedras)

Col: rebato TC do coto e reavaliarão após

OBS: Evolução no protocolo de ortopéd.

Dr. Adriano C. S. Ferreira
Médico
CRM-PI 47390
www.adrianoferreira.com.br

em geral 9/9/19 8:30h

Paciente segue com edema intenso e PAF fisiológico.
e torax/abdomen sem hemopneumotórax, sem parempe-
tônio ou lig. live.

Col: Atta da Cm Jard

A ortopédie

④ Dr Thiago Diniz

Dr. Adriano C. S. Ferreira
Médico
CRM-PI 47390
www.adrianoferreira.com.br



NOME DO PACIENTE: Dieime Willian Colho Duarte

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522254

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/09/2019 06:08:52

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO02)

| | | |
|---|------------------------|---|
| <u>Nome:</u> DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE | | <u>Prontuário:</u> 522254 |
| <u>Mãe:</u> EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE | <u>Pai:</u> | |
| <u>End. Resid.:</u> RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 | | |
| <u>Nascimento:</u> 17/03/1988 | <u>Idade:</u> 31a5m23d | <u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99936-5164 |
| <u>Responsável:</u> FAGNER | | <u>CNS:</u> |
| <u>Profissão:</u> | | <u>CPF:</u> . . . - * <u>RG:</u> - |
| <u>Instituição:</u> Não informado | | <u>E.Civil:</u> Casado(a) |
| <u>End. Local.:</u> - - - | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| <u>Código:</u> 740383 | <u>Data:</u> 09/09/2019 04:08:25 | <u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU |
| <u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | <u>Convênio:</u> S U S |
| <u>Acid. Trab.:</u> Sim | <u>Trajeto?:</u> Sim | <u>Tipico:</u> Não |
| | | <u>CID Secundário:</u> V299 |

DADOS CLÍNICOS:

| | | | |
|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| <u>PA</u> _____ mmHg | <u>Pulso:</u> _____ | <u>FC:</u> _____ bpm | <u>Temp.:</u> _____ |
| Diagnóstico Inicial: | | | <u>CID:</u> _____ |

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

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

T. Maria Conceição da Silva Busto

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional

Joana Luisa de Mesquita
Matrícula: 17398
SAMU - HUT
COM O 2º

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Deime Willian Soetho DevertiIDADE anosDATA 12/09/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 40 minTIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO LOCAL

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO

| SINAIS VITAIS | HORÁRIO | | | |
|-------------------------------|---------------|--|--|---------------|
| | ADMISSÃO | | | SAÍDA |
| PRESSAO ARTERIAL (mmHg) | <u>121/71</u> | | | <u>137/96</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | <u>98</u> | | | <u>97</u> |
| SATURAÇÃO DE O2 (%) | <u>95%</u> | | | <u>97%</u> |
| TEMPERATURA AXILAR (0°C) | | | | |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm) | | | | |
| NOME/ MATRÍCULA | <u>Wolker</u> | | | |

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

| ATIVIDADE MUSCULAR | ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK | 2 | ADMISSÃO | | | SAÍDA |
|--|---|---|----------|---|---|--|
| | | | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Movimenta os quatro membros | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Movimenta dois membros | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RESPIRAÇÃO | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | Apresenta dispneia ou limitação da respiração | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Tem apneia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ARTERIA | PA em 20% do nível pré-anestésico | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | PA em 20-49% do nível anestésico | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | PA em 50% do nível pré-anestésico | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CONSCIÊNCIA | Está lúcido e orientado no tempo e espaço | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | Desperta, se solicitado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Não responde | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SATURAÇÃO O2 | É capaz de manter saturação de O2, maior de 92% respirando em ar ambiente | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | Necessita de O2 para manter saturação maior que 90% | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Apresenta saturação de O2, menor que 90%, mesmo com suplemento de O2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESCALA DOR ADMISSÃO | | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| ESCALA DE DOR ALTA | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | 09 | | | | | 10 |
| ASS. | <u>Maria Aparecida Coutinho</u> M. Aparecida Coutinho COREN-PI 200517-ENF | | | | | <u>M. Aparecida Coutinho</u> M. Aparecida Coutinho COREN-PI 200517-ENF |

SONDA VESICAL

()DRENO DE SUÇÃO

()DRENO TORACICO

()DVE

()COLOSTOMIA

SONDA ()NASOG ()NASOE

hs

mL

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:40 Admitido no SRPA em PUF de tórax cirurgizado para fístula em moço. Submetido ao redutor com bowl. Sono leito, expectora, respiração espontânea com 95%. FC com curvatura limpa.

11:10 p/ltv da SRPA

*M. Aparecida Coutinho
COREN-PI 200517-ENF
M. Aparecida Coutinho
COREN-PI 200517-ENF*

RAIO-X REALIZADO

DATA 12/09/19 HORATÉCNICO: MM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

*Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390*

*Diário de Colleiro
CRM - 5028*

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGEMENS ESGRAFICOS [] CONFERIR

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. U11: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 14 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME DO PACIENTE | | PRONTUÁRIO | CLÍNICA | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|-----------------------------|--------|---|------------|------------|-------|-------------------|
| DIEIME WILIAN COELHO DUARTE | CÓDIGO | 292807 | Ortopédica | 239/46 | | |
| | | PRESCRIÇÃO MÉDICA | | HORÁRIOS | | |
| 09/09/19 | | # FEMUR D + # 3 E 4º DEDOS | 31 anos | | | |
| | | 1 DIETA LIVRE | | | | |
| | | 2 SF 0,9% 2000 ML EV EM 24H | | | | |
| | | 3 DIPIRONA 1G - 2CC + AD EV 6/6H | | | | |
| | | 5 TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H | | | | |
| | | 6 TRAMADOL 100MG 01 AMP + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H SOS | | | | |
| | | 7 CCGG SSVV | | | | |
| | | 9 HEPARINA 5000 UI SC 12/12H | | | | |
| | | 10 Progine - 0,5g Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto | | | | |
| | | 11 Ciprofloxacin 250 mg. 01 vez/dia. 07 dias | | | | |
| | | 12 Paracetamol 500 mg. 01 vez/dia. 07 dias | | | | |
| | | 13 | | | | |
| | | 14 | | | | |
| | | 15 | | | | |
| | | 16 | | | | |
| | | 17 | | | | |
| | | 18 | | | | |
| | | 19 | | | | |
| | | 20 | | | | |
| | | 21 | | | | |
| | | 22 | | | | |
| | | 23 | | | | |
| | | 24 | | | | |
| | | 25 | | | | |
| | | 26 | | | | |
| | | 27 | | | | |
| | | 28 | | | | |
| | | 29 | | | | |
| | | 30 | | | | |
| | | 31 | | | | |
| | | 32 | | | | |
| | | 33 | | | | |
| | | 34 | | | | |
| | | 35 | | | | |
| | | 36 | | | | |
| | | 37 | | | | |
| | | 38 | | | | |
| | | 39 | | | | |
| | | 40 | | | | |
| | | 41 | | | | |
| | | 42 | | | | |
| | | 43 | | | | |
| | | 44 | | | | |
| | | 45 | | | | |
| | | 46 | | | | |
| | | 47 | | | | |
| | | 48 | | | | |
| | | 49 | | | | |
| | | 50 | | | | |
| | | 51 | | | | |
| | | 52 | | | | |
| | | 53 | | | | |
| | | 54 | | | | |
| | | 55 | | | | |
| | | 56 | | | | |
| | | 57 | | | | |
| | | 58 | | | | |
| | | 59 | | | | |
| | | 60 | | | | |
| | | 61 | | | | |
| | | 62 | | | | |
| | | 63 | | | | |
| | | 64 | | | | |
| | | 65 | | | | |
| | | 66 | | | | |
| | | 67 | | | | |
| | | 68 | | | | |
| | | 69 | | | | |
| | | 70 | | | | |
| | | 71 | | | | |
| | | 72 | | | | |
| | | 73 | | | | |
| | | 74 | | | | |
| | | 75 | | | | |
| | | 76 | | | | |
| | | 77 | | | | |
| | | 78 | | | | |
| | | 79 | | | | |
| | | 80 | | | | |
| | | 81 | | | | |
| | | 82 | | | | |
| | | 83 | | | | |
| | | 84 | | | | |
| | | 85 | | | | |
| | | 86 | | | | |
| | | 87 | | | | |
| | | 88 | | | | |
| | | 89 | | | | |
| | | 90 | | | | |
| | | 91 | | | | |
| | | 92 | | | | |
| | | 93 | | | | |
| | | 94 | | | | |
| | | 95 | | | | |
| | | 96 | | | | |
| | | 97 | | | | |
| | | 98 | | | | |
| | | 99 | | | | |
| | | 100 | | | | |
| | | 101 | | | | |
| | | 102 | | | | |
| | | 103 | | | | |
| | | 104 | | | | |
| | | 105 | | | | |
| | | 106 | | | | |
| | | 107 | | | | |
| | | 108 | | | | |
| | | 109 | | | | |
| | | 110 | | | | |
| | | 111 | | | | |
| | | 112 | | | | |
| | | 113 | | | | |
| | | 114 | | | | |
| | | 115 | | | | |
| | | 116 | | | | |
| | | 117 | | | | |
| | | 118 | | | | |
| | | 119 | | | | |
| | | 120 | | | | |
| | | 121 | | | | |
| | | 122 | | | | |
| | | 123 | | | | |
| | | 124 | | | | |
| | | 125 | | | | |
| | | 126 | | | | |
| | | 127 | | | | |
| | | 128 | | | | |
| | | 129 | | | | |
| | | 130 | | | | |
| | | 131 | | | | |
| | | 132 | | | | |
| | | 133 | | | | |
| | | 134 | | | | |
| | | 135 | | | | |
| | | 136 | | | | |
| | | 137 | | | | |
| | | 138 | | | | |
| | | 139 | | | | |
| | | 140 | | | | |
| | | 141 | | | | |
| | | 142 | | | | |
| | | 143 | | | | |
| | | 144 | | | | |
| | | 145 | | | | |
| | | 146 | | | | |
| | | 147 | | | | |
| | | 148 | | | | |
| | | 149 | | | | |
| | | 150 | | | | |
| | | 151 | | | | |
| | | 152 | | | | |
| | | 153 | | | | |
| | | 154 | | | | |
| | | 155 | | | | |
| | | 156 | | | | |
| | | 157 | | | | |
| | | 158 | | | | |
| | | 159 | | | | |
| | | 160 | | | | |
| | | 161 | | | | |
| | | 162 | | | | |
| | | 163 | | | | |
| | | 164 | | | | |
| | | 165 | | | | |
| | | 166 | | | | |
| | | 167 | | | | |
| | | 168 | | | | |
| | | 169 | | | | |
| | | 170 | | | | |
| | | 171 | | | | |
| | | 172 | | | | |
| | | 173 | | | | |
| | | 174 | | | | |
| | | 175 | | | | |
| | | 176 | | | | |
| | | 177 | | | | |
| | | 178 | | | | |
| | | 179 | | | | |
| | | 180 | | | | |
| | | 181 | | | | |
| | | 182 | | | | |
| | | 183 | | | | |
| | | 184 | | | | |
| | | 185 | | | | |
| | | 186 | | | | |
| | | 187 | | | | |
| | | 188 | | | | |
| | | 189 | | | | |
| | | 190 | | | | |
| | | 191 | | | | |
| | | 192 | | | | |
| | | 193 | | | | |
| | | 194 | | | | |
| | | 195 | | | | |
| | | 196 | | | | |
| | | 197 | | | | |
| | | 198 | | | | |
| | | 199 | | | | |
| | | 200 | | | | |
| | | 201 | | | | |
| | | 202 | | | | |
| | | 203 | | | | |
| | | 204 | | | | |
| | | 205 | | | | |
| | | 206 | | | | |
| | | 207 | | | | |
| | | 208 | | | | |
| | | 209 | | | | |
| | | 210 | | | | |
| | | 211 | | | | |
| | | 212 | | | | |
| | | 213 | | | | |
| | | 214 | | | | |
| | | 215 | | | | |
| | | 216 | | | | |
| | | 217 | | | | |
| | | 218 | | | | |
| | | 219 | | | | |
| | | 220 | | | | |
| | | 221 | | | | |
| | | 222 | | | | |
| | | 223 | | | | |
| | | 224 | | | | |
| | | 225 | | | | |
| | | 226 | | | | |
| | | 227 | | | | |
| | | 228 | | | | |
| | | 229 | | | | |
| | | 230 | | | | |
| | | 231 | | | | |
| | | 232 | | | | |
| | | 233 | | | | |
| | | 234 | | | | |
| | | 235 | | | | |
| | | 236 | | | | |
| | | 237 | | | | |
| | | 238 | | | | |
| | | 239 | | | | |
| | | 240 | | | | |
| | | 241 | | | | |
| | | 242 | | | | |
| | | 243 | | | | |
| | | 244 | | | | |
| | | 245 | | | | |
| | | 246 | | | | |
| | | 247 | | | | |
| | | 248 | | | | |
| | | 249 | | | | |
| | | 250 | | | | |
| | | 251 | | | | |
| | | 252 | | | | |
| | | 253 | | | | |
| | | 254 | | | | |
| | | 255 | | | | |
| | | 256 | | | | |
| | | 257 | | | | |
| | | 258 | | | | |
| | | 259 | | | | |
| | | 260 | | | | |
| | | 261 | | | | |
| | | 262 | | | | |
| | | 263 | | | | |
| | | 264 | | | | |
| | | 265 | | | | |
| | | 266 | | | | |
| | | 267 | | | | |
| | | 268 | | | | |
| | | 269 | | | | |
| | | 270 | | | | |
| | | 271 | | | | |
| | | 272 | | | | |
| | | 273 | | | | |
| | | 274 | | | | |
| | | 275 | | | | |
| | | 276 | | | | |
| | | 277 | | | | |
| | | 278 | | | | |
| | | 279 | | | | |
| | | 280 | | | | |
| | | 281 | | | | |
| | | 282 | | | | |
| | | 283 | | | | |
| | | 284 | | | | |
| | | 285 | | | | |
| | | 286 | | | | |
| | | 287 | | | | |
| | | 288 | | | | |
| | | 289 | | | | |
| | | 290 | | | | |
| | | 291 | | | | |
| | | 292 | | | | |
| | | 293 | | | | |
| | | 294 | | | | |
| | | 295 | | | | |
| | | 296 | | | | |
| | | 297 | | | | |
| | | 298 | | | | |

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: PCIME W. C. bup 176 Nº PRONT. 522257 Nº LAUDO 24703

- ALTA HOSPITALAR
 PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
 PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
 PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
 PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ORGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
 PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
 TRANSFERÊNCIA
 EVASÃO
 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO



Dr. Joaquim Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DATA: 12/09/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA

ASSINATURA DO AUDITOR



06/09/2019



Joana Lúcia Mendes de Araújo
Matrícula: 41200
SAME - HUT
FIM DO ORIGINAL

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: DEIME WILIAN COEMO DUARTE Conferir a identificação do paciente

ENF. 239/46

 Conferir cirurgia agendada Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc) Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol Retirar peças íntimas Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20 Verificar instalação de hidratação venosa Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário Avaliar estado geral do paciente Fazer registro de enfermagem no prontuário Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado. Conferir demarcação do local da cirurgia. Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.Data: 12 de SETEMBRO de 2019Enfermeiro responsável: Silvia Batista CRM/PI

COREN-PI 3972/15

| NOME DO PACIENTE | PRONTUÁRIO | CLÍNICA | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE | | |
|------------------|------------|---|---|------------|-------------------|------------|------------|
| | | | | | | | |
| DATA/HORA | CÓDIGO | PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| 17/09/2010 | 19 | 1 DIETA ORAL LIVRE | Edilane Nogueira Visto Atualmente CRM-PI 3716 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | 2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | 3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | 4 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | 5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | 6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | 7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | 8 CUIDADOS GERAIS | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | Manter Sftr. ev - ma. Liquenize sobre ur. e urin. | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | 0 | | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 | 10/09/2010 |
| | | <i>At. Cefalotina 1G + AD ev 6/6hs</i> CRM-PI 3716 | | | | | |

Joana Luisa Melo de Souza
Matrícula: 47390
SAME - HLT
CONFERE COM O

| NOME DO PACIENTE | | PRONTUÁRIO | DATA NASC. | IDADE | CLÍNICA | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|-------------------|--|------------|------------|-------|------------|------------|-------|-------------------|
| DATA/HORA | CÓDIGO | 522254 | 17/03/1988 | 26 | Ortopédica | 239 | 46 | OBSERVAÇÕES |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | | | |
| DI : 09/09/2019 | DEIME WILLIAN COELHO DUARTE | | | | | | | |
| 12/09/19 | <u>Agudo de lângua</u> | | | | | | | |
| 1 | Dietas Oral livre | | | | | | | |
| 2 | jejico salinizado | | | | | | | |
| 3 | Liquemine 5000UI _ 0,25ml SC 12/12hs | | | | | | | |
| 4 | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs | | | | | | | |
| 5 | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs | | | | | | | |
| 6 | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN | | | | | | | |
| 7 | Neosine 4% 5gts VO a noite | | | | | | | |
| 8 | Captopril 25mg 01 comp VO se PAS>=160 mmHg e/ou PAD >= 110mm | | | | | | | |
| 9 | Cuidados gerais e sinais vitais | | | | | | | |
| 10 | Nome: Luisa Matos Matrícula: 412 SAME: H CONFERE COM: Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho | | | | | | | |
| 11 | CRM3415-TEOT10029 / CRMH2408 / CRM3766-TEOT11305 / CRM43367 | | | | | | | |
| 12 | 13 | | | | | | | |

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:
REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE Domingo W. C. Duarte N° PRONT 322217 N° LAUDO 347 292

- ALTA HOSPITALAR
 - PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
 - PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
 - PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
 - PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS - DOADOR MORTO
 - PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
 - TRANSFERÊNCIA
 - EVAISÃO
 - ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA 13 4/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA

ASSINATURA DO AUDITOR

三

5

卷之三

 Júnia Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 07990
SAME - FAU
1998 em 1999

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.007.302

SÉRIE 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA

Av. Frei Serafim, 1898-Salas 01e03, -- Centro
CEP: 64000-020 - Teresina - PI

PROTEPI

TEL: (86)3217-3490 - FAX: (86)3217-3490
protepi@protepi.com

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAIDA

1

Nº 000.007.302 FL. 1/1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

2216 0512 5639 5900 0114 5500 1000 0073 0210 0073 0240

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

422160006984923 31/05/2016 16:46:08

NATUREZA DE OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL

194791548

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ

12.563.959/0001-14

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA - C00028

CNPJ / CPF

17.577.205/0001-37

DATA DA EMISSÃO

31/05/2016

ENDERECO

RUA GOV RAIMUNDO ARTHUR DE VASCONCELOS, -

BAIRRO / DISTRITO

PORENQUANTO

CEP

54002-530

DATA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

Teresina

FONE/ FAX

UF

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

DUPLICATAS

| Nº DE DUPLICATA | VENDA | VALOR | DATA DE EMISSÃO | VENDA | VALOR | Nº DE DUPLICATA | VENDA | VALOR | DATA DE EMISSÃO | VENDA | VALOR |
|-----------------|------------|-----------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
| 0000007302 | 30/06/2016 | 60.000,00 | | | | | | | | | |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE CÁLC. ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|--------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 60.000,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP. ACERCA | VALOR DO IP |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VÉHICULO | UF | CNPJ / CPF |
|----------------|-----------------|-------------|-------------------|----|--------------------|
| PROPRIO - 0001 | 0 - EMITENTE | | | | |
| ENDERECO | | MUNICÍPIO | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |

QUANTIDADE

| ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---------|-------|-----------|------------|--------------|
| | | | | |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CODEPRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | UNID | QTD | QTDNF | QTDNF | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|--|----------------------|----------|-----|-------|-------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| 00265 | FIOS KIRSCHNER 1,0MM | 90211020 | 040 | 5102 | Und | 1.250,000 | 12,00 | 15.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| COD. SIS: 0702031348 - Num. Lote: 00798/16 | | | | | | | | | | | |
| 00266 | FIOS KIRSCHNER 1,5MM | 90211020 | 040 | 5102 | Und | 1.250,000 | 12,00 | 15.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| COD. SIS: 0702031348 - Num. Lote: 00802/16 | | | | | | | | | | | |
| 00267 | FIOS STEINMAN 2,0MM | 90211020 | 040 | 5102 | Und | 1.250,000 | 12,00 | 15.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| COD. SIS: 0702050792 - Num. Lote: 01076/16 | | | | | | | | | | | |
| 00268 | FIOS STEINMAN 2,5MM | 90211020 | 040 | 5102 | Und | 1.250,000 | 12,00 | 15.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| COD. SIS: 0702050792 - Num. Lote: 01080/16 | | | | | | | | | | | |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor Aprox Tributos: R\$ 19.254,00 (32,09%) Fonte: IBPT
 Sistema: AUTOCOM - 8.092 - MD5: 283c47466a3b708dc555bdf9a4b1674b
 Transacao: 03 / VAP / VENDA A PRAZO (NFE) - Chave: 00004200
 Pedido: VAF.0000007302 - Secao: 00002853 - Usuario: CLEIDIANE (1)
 C.Custos: 0001 / PROTEPI - PRODUTOS TECN - Consultor: 0001 / PROTEPI
 Observacoes: MEMO N° 037/2016 EM 10/05/2016

RESERVADO AO FISCO

José Luis Mendes de Mesquita
 Matrícula: 12300
 SAMER/HUT
 CONFERE COM O ORIGINA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

| | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Mudança de Procedimento | Órtese e prótese - OPME |
| Diária de UTI | Fatores de Coagulação |
| Diárias de Acompanhante | Gasoterapia |
| Hemoderivados | Nutrição Parenteral / Enteral |
| Diálise / Hemodiálise | Procedimento fora da faixa etária |
| Albumina Humana 20% | X RIO K J,5 |

HOSPITAL:

H.C.T

-CNPJ:

ciente: Diego William Coelho Barreto CNPJ: 23.111.111/0001-11

PROCEDIMIENTO ANTERIOR: _____ N° AIH: _____

MÉDICO SOLICITANTE: 1000-0pe PROCED. SOLICITADO: _____
CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Fairies & we
Free - New York

DATA: 12/09/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 17390
SAME - HUT
SERECOM O ORIGINAL

15110 (19)

Assinatura do Médico Solicitante



Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: Dinei Willian L. Quarte N° PRONT: 522254 N° LAUDO: 247038

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

ALUDITOR

DATA: 15110119

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditores
CRM - P. 1031 - CP 103.537-3
CNS 2004

ASSINATURA DO AUDITOR



西城-3278-6149



Joana Lida Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
FAC-SÍME COM O ORIGINAL

Fls N° _____
 Proc. N° _____
 Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

 DATA 12,09,19

| | | | | | |
|-------------------|--|-------------------------|--|---------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE: | | Delaine Wikan C. Debona | | PROTÓTICO N°: | 522254 |
| DIAGNÓSTICO: | | Fratura Pau de Angulo | | CIRURGIA: | Hyper C1 Vix 6 |
| ANESTESIA: | | Sedacão | | Nº DA SALA: | 05 |
| CIRURGIÃO: | | Bau-Exé | | CPF N° | |
| AUXILIAR: | | Guilherme (R) | | CPF N° | |
| ANESTESIA: | | Flávio | | CPF N° | |
| INSTRUMENTADORA: | | | | CPF N° | |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8 | UNID. | 01 | | LÂMINA DE BISTURI | 24 | UNID. | 01 |
| AGULHA 30X8 | UNID. | — | | LUVA N° 710 | | PAR | 01 |
| AGULHA 40X12 | UNID. | 01 | | LUVA N° 715 | | PAR | 02 |
| AGULHA RAQUE | UNID. | — | | LUVA DE PROCEDIMENTO | | PAR | 04 |
| ÁLCOOL 70% | ML | 80 | | PVPI DE GERMANTE | | ML | 100 |
| ALGODÃO | BOLA | 03 | | PVPI TÓPICO | | ML | 100 |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | — | | PVPI TINTURA | | ML | — |
| COMPRESSA | PAC. | 01 | | SERINGA 20CC | | UNID. | 01 |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | 01 | | SERINGA 10CC | | UNID. | — |
| ESPARADRAPO | CM | 70 | | SERINGA 5CC | | UNID. | 01 |
| ESCALPE N° | UNID. | — | | SERINGA 3CC | | UNID. | — |
| FORMOL | ML | — | | SORO FISIOLÓGICO 500ml | FRASCO | 02 | |
| GASES | PAC. | 02 | | SONDA URETRAL | | UNID. | — |
| JELCO N° 20 | UNID. | 01 | | Cateter 02 | | 01 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. | | | | 1 Metodo | | 05 | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | 1 Crepom | | 02 | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. | | | | 1 escova | | 03 | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON | | | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE | | | |
| PROLENO | | | | | | | |

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 240742

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

AIH: 2219101887882

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

700100961810215 DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO

SEXO

PRONTUÁRIO

17/03/1988

M

522254

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

114821

8688568748

EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

ENDERECO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

2094

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

CIDADE NOVA

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA X FRATURA DO FEMUR DIR E 3^º E 4^º DEDOS

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

CID-10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09/09/2019

CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO

DATA ADMISSÃO

09/09/2019 04:08

DATA ALTA

12/09/2019 10:25

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERACAO

CPF: 77632702334-

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO

CPF: 2239376253

CRM:

DATA ANÁLISE: 09/09/2019 09:40:18

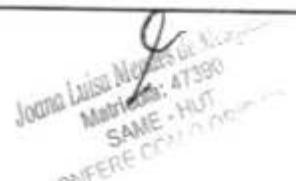
NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:


 Joana Luisa Mendes de Oliveira
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFIRA O DOCUMENTO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

240742

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT4-CNES
5828856

247038

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE**6 - Prontuário: **522254**

7-CNS:

8-Nascimento: **17/03/1988**9-Sexo: **Masculino**11-Mãe: **EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE**12-Fone: **86-99936-5164**13-Resp: **FAGNER**14-Cor: **Parda**5-Ender: **RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**16-Munic: **TERESINA**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

**ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA
RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS**

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EXAME CLINICO E RX

7-Diagnóstico Inicial:

(informação Posterior)

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADOTempo SUS
9999

29-Clinica:

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

02 01 CPF 776.327.023-34

**Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2425**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

35-Ass.Carimbo Med.Soc. (CRM)

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

09/09/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

Joana Luisa Mendes de Moraes
Matrícula: 4100
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

48-Documento: 49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Amara conciliações da serra BrutoCONFE
Usuário: (CAIO VAZ)
Consulta Local: 740383
Consulta SUS:
Impressão: 09/09/2019 09:09:02

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 240742

AIH: 2219101887882

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

700100961810215

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

NASCIMENTO

SEXO

PRONTUÁRIO

17/03/1988

M

522254

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

114821

8688568748

EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

2094

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

CIDADE NOVA

TERESINA

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE POLTRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA X FRATURA DO FEMUR DIR E 3^º E 4^º DEDOS

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020342 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISIARIA DAS FALANGES DA MÃO COM FIXAÇÃO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09/09/2019

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

DATA ADMISSÃO

09/09/2019 04:08

DATA ALTA

13/09/2019 17:07

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERACAO

CPF: 77632702334

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIA
CPF: 09623442300NOME DO PROFISSIONAL / PARECER/CONTROLE/AVALIAÇÃO /
AUDITORIA

CRM:

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Meneguelli
Matrícula: 4739
SAE - HUT

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Diego William Belo Dantas

- (Conferir a identificação do paciente 239-46
- (Conferir cirurgia agendada
- (Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- (Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- (Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- (Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- (Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- (Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- (Retirar peças íntimas
- (Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- (Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- (Verificar instalação de hidratação venosa
- (Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- (Avaliar estado geral do paciente
- (Fazer registro de enfermagem no prontuário
- (Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- (Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- (Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- (Conferir demarcação do local da cirurgia.
- (Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 10 de Sexta de 2019

Enfermeiro responsável: Silvana Maria Góes da Costa
Enfermeira
COREN-PI 397.365

8-34. C
PA-140x90

José Luisa Meneses de Mesquita
Matrícula: 4.980
SAME - UT
COMO ORIGINAIS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente Jeime Wilson Coelho Duarke

Diagnóstico pré-operatório ~~Fonte III + IV~~ ~~OP~~ ~~OP~~

Operação - Tipo ~~fixar fios~~

Cirurgião laco - EPE

1º Assistente

611thorne (R)

2º Assistente

3° Assistentes

Instrumentador(a)

Apostolico

flavo

• 100 •

Sedor সেডো

Data da Operação 12/09/19

100

10:00

1000

4030

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

① Drik (2) Assens (3) Crepe
④ Krua (5) Krua 4 Kros k
⑥ Krua (7) TMS

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

2474

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE**

6 - Prontuário: **522254**

7-CNS:

8-Nascimento: **17/03/1988**

9-Sexo: **Masculino**

CPF:

11-Mãe:

EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

12-Fone: **86-99936-5164**

13-Resp:

FAGNER

14-Fone: **86-99936-5164**

15-Ender:

RUA ABASTURA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic:

TERESINA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip.

0408050519

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

31-Cod. Procedi-
mento Especial

0702030910

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidata:

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Profissional Responsável:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

40-Tp. Documento:

CPF

*Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 TEOT 11913*

39-Data Solicitação:

13/09/2019

40-No. Doc. Méd. Solici-

217.817.218-07

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Frat diaf. de Fémur

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

*Assinatura de Fábio de Souza
Matrícula 2059234
SAM - HUT
Gabinete de Controle Original*

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

H-U-T

| | | | | | | | |
|---|--|--------------|------------------|--------------|------------------------------------|--|---|
| NOME DO PACIENTE <i>Dime Wikan Coelho Duarfe</i> | | | | | Nº DE REGISTRO <i>522254</i> | | |
| DATA <i>12/09/19</i> | P. ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA | |
| EXAMES DE SANGUE | GR. SANGUÍNEO | HEMATOMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA | DOS. URÉIA | |
| EXAMES DE URINA | | | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>UV + b1RA</i> | | | | | | | |
| SISTEMA CRICULATÓRIO <i>ACH2T, BAF, 98</i> | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | BRONQUITE | |
| SISTEMA DIGESTIVO | | | SISTEMA URINÁRIO | | | | |
| ESTADO MENTAL <i>Consciente, orientado.</i> | | | CORTICOIDES | ATARAXICOS | OUTROS | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>infet. luf. narpo</i> | | | FÍSICOS | | | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>N.D.N</i> | | | APLICADO AS | EFEITOS | | | |
| TOTAL DE DOSES | | | | | | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | OXIGÉNIO <i>2</i> | | | | | <i>1- Cefazolina 750g 2- Dexamet 20mg 3- Ropivac 0.5 500mg 4- Tiltifil 200g 5- Adm. drogas 80g</i> | |
| LÍQUIDOS | SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100 | | | | | | |
| TEMPERATURA T | C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10 | | | | | | |
| P. ARTERIAL V O PULSO | 38 | | | | | SEQUÊNCIA | |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | | | | | | | <i>1- Rústico Ract + Ropiv 2- RVEQ 3- RVEQ 4- RVEQ 8000 USE 5- Sedacan 7000 6- Sedacan 7000 7- ECG, SpO2, PAP 8- Sedacan 7000 9- Sedacan 7000 10- 100g + Etomidate 11- 100g + Etomidate 12- Nitroglicerina 200g 13- 100g + Etomidate 14- 100g + Etomidate 15- Nitroglicerina 200g</i> |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | | | | | | | |
| RESPIRAÇÃO O | | | | | | | DURAÇÃO <i>50 min.</i> |
| SÍMBOLOS | | | | | | | |
| TÉCNICAS <i>Sedacan + Ract local.</i> | | | | | INCIDENTE - ACIDENTE | | |
| OPERAÇÕES <i>Entf. Farolage</i> | | | | | | | |
| CIRURGIÕES <i>baio. épe -</i> | | | | | | | |
| ANESTESISTAS <i>Flávio Melo</i> | | | | | | | |
| <i>Flávio Melo Anestesista HUT</i> | | | | | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS | | |
| <i>João Luís Vaz de Mesquita Mário Vaz SANE - HUT CONFERE COM O ORIGINAIS</i> | | | | | | | |
| PARTICULARIDADES | | | | | | | |

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA:

DECLARANTE:

Nome: _____ Idade: _____
 Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____ Paciente
 Responsável ou Representante Legal

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo:

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
 Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

Patologia: _____

1. Declaro que o(a) Dr(a). *Dr. Daniel* CRM: _____

Informou-me que, tendo em vista a realização de ~~tratamento~~ cirúrgico para a patologia citada acima será necessária a administração de anestesia podendo englobar ~~anestesia~~ geral, sedação, bloqueios de neurocixos, bloqueios periféricos, etc

2. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro que prestei ao médico anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.

3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: ocorrência de dor, náuseas, vômitos e tremores de intensidade variável; complicações de manuseios de vias aéreas e cateterismo de artéria e veia profunda em casos indicados; reações alérgicas e edema de face e olhos, com possibilidade de necrose de pequenas regiões em cirurgias de longa duração; lesões neurológicas relacionadas ao bloqueio espinhal ou ao posicionamento do paciente, temporárias ou não, especialmente em braços, pernas ou olhos; complicações cardiovasculares ou pulmonares, eventualmente graves, como infarto ou embolias que possam levar à morte em várias situações; complicações renais e do sistema de coagulação, assim como reações adversas do organismo à anestesia aplicada, como aquelas decorrentes de incomuns doenças genéticas / neurológicas / musculares / renais / cardiovasculares / metabólicas.

4. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Fui informado que a medicação administrada causa sonolência, amnésia anterógrada de curta duração e relaxamento muscular, podendo ainda causar alergia cutânea e/ou mucosa. Deste modo, não deverei dirigir veículos ou operar máquinas, não deverei ingerir álcool e não deverei assinar documentos no período de 24 horas após o procedimento. Em caso de sinais alérgicos após o procedimento, deverei entrar em contato com o médico anestesiologista.

7. Assim, declaro agora que estou satisfeita(a) com as informações recebidas e que comprehendo o alcance e risco do procedimento. Por tal razão e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

8. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Teresina/PI, 03 de 11 de 20 19.

Transf. de Sangue
Medicamentos
Sedação
Conf. de Anest.

Allyson Santos

Responsável / Testemunha

Paciente

Dr. Daniel Marcos M. de Souza
ANESTEsiologista
CRM-PI: 5018

239-46

Hospital de Urgências de Teresina

Número do prontuário

522 254

>> **AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**

| | | | | | | | | |
|-------------|------------------------|---------------------|----|---------------|-------|------|----|--------|
| Nome | Dame Willian C. Duarte | Idade | 31 | Sexo | Homem | Peso | 74 | Altura |
| Diagnóstico | Fractura de Fáscia | Cirurgia programada | | Data prevista | | | | |

Medicações usadas de forma regular Fitoterápicos

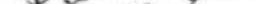
| CIRURGIAS ANTERIORES | TIPO DE ANESTESIA | INTERCORRÊNCIAS |
|----------------------|-------------------|-----------------|
| - | | |
| | | |

Paciente CTI: Não Sim PIA _____ PVC _____ SVD _____ Glasgow _____
 Ventilação Mecânica Drogas vasoativas Drenos

Hb Ht Plt Leuco Glic Glico Hb PTT RNI Fib

Na K Ca Mg Cl Cr Ur

Rx tórax *2 elevaciones* Eco

ECG  TE  Tensão Arterial Sistólica: 120 mmHg

EXAME FÍSICO

Abertura da boca: > 40mm < 40mm Incisivos protusos: sim não Prótese dentária: sim não

Distância mento-tireóide >6cm <6cm Ausculta respiratória Ausculta cardíaca

Outros dados importantes

Doença cardíaca ativa: não sim _____ Capacidade funcional: ___ METS

Risco cardíaco do procedimento cirúrgico: Alto Intermediário Baixo

ASA

Necessidade de interconsulta clínica/ psicológica: Não Sim _____

Previsão de CTI pós-operatório imediato: Não Sim | Previsão de hemotransfusão: Não Sim

Aspectos espirituais/ culturais a destacar Não Sim

Planejamento Anestésico Data: Médico/Anestesiista/CRM

General 09/03/19 ~~ANALYST~~ ~~REVIEWER~~

MOD. 558830-HC-3

- Sugiro realização de teste de

Nome do paciente: Dione Wilson Lealho Duarte Idade: 31 Sexo: M() F()
 Nº prontuário: _____ Leito: 229 - 1 Data: 13/09/19

Triagem de Risco Nutricional – NRS 2002 – Nutritional Risk Screening

Parte 1 – Triagem Inicial

| | | SIM | NÃO |
|---|--|-----|-----|
| 1 | Paciente apresenta IMC < 20,5? | | X |
| 2 | Houve perda de peso nos últimos 3 meses? | | X |
| 3 | Houve redução na ingestão de alimentos na última semana? | | X |
| 4 | Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI? | | X |

SIM: se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, continue e preencha a parte 2.

NÃO: se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do risco nutricional

| Estado nutricional | | Gravidade da doença (efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais) | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Ausente (Pontuação 0) | Estado nutricional normal <input type="checkbox"/> | Ausente (Pontuação 0) | Necessidades nutricionais normais <input type="checkbox"/> |
| Leve (Pontuação 1)* | Perda de peso >5% em 3 meses <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior. <input type="checkbox"/> | Leve (Pontuação 1)* | Fratura de quadri; Pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); diabetes, câncer, hemodiálise crônica. <input type="checkbox"/> |
| Moderado (Pontuação 2)* | Perda de peso >5% em 2 meses <u>ou</u> ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior. <input type="checkbox"/> | Moderado (Pontuação 2)* | Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas). <input type="checkbox"/> |
| Grave (Pontuação 3)* | Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) <u>ou</u> ; IMC < 18,5 + condição geral comprometida <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior. <input type="checkbox"/> | Grave (Pontuação 3)* | Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10). <input type="checkbox"/> |

Score total = 0

Calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade ≥ 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Pontuação ≥ 3 : o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada.

Pontuação < 3 : no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pela *Guideline da ESPEN** para o âmbito hospitalar

Pontuação = 1: a necessidade proteica está aumentada, mas o Déficit Proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação = 2: a necessidade proteica está substancialmente aumentada e o Déficit Proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais/ dieta enteral.

Pontuação ≥ 3 : a necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais/ dieta enteral.

Resultado da triagem: Sem risco nutricional

Sem risco, com aumento das necessidades proteicas

Com risco nutricional

Taissa Calado
Taissa da C. S. C. C.
NUTRICIONISTA
CRN 10169/6^º REGIÃO

Teresa Paquel Portela da Souza Lopes
Matrícula: 058234
SAU - HUT
Conf. com Original

Responsável pelo preenchimento: _____

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Deime William Lelho Duar

- Conferir a identificação do paciente 229 – 1
- Conferir cirurgia agendada
- Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa N E S A
- Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- Retirar peças íntimas
- Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- Verificar instalação de hidratação venosa
- Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- Avaliar estado geral do paciente
- Fazer registro de enfermagem no prontuário
- Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- Conferir demarcação do local da cirurgia.
- Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

PA: 110 / 70 Tpx: 35°C

Data: 13 de 09 de 19Enfermeiro responsável: Luisa

Luisa Pereira da Silva
COREMEPI: 12464-ENF

Tratamento: Encaminhado
Matrícula: 123456789
SAÚDE: HUT
Corrida: 123456789

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Diomedes William Gólio Soárez IDADE 31 anos DATA 13/09/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 31 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Ortopedia Fímbur CIRURGIÃO Fernando

| SINAIS VITAIS | HORÁRIO | | |
|-------------------------------|----------------------|--|-----------------|
| | ADMISSÃO | | SAIDA |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) | <u>142 x 82 mmHg</u> | | <u>138 x 95</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | <u>98 bpm</u> | | <u>78</u> |
| SATURAÇÃO DE O2 (%) | <u>93%</u> | | <u>98</u> |
| TEMPERATURA AXILAR (0°C) | | | |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm) | | | |
| NOME/ MATRÍCULA | | | |

| ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK | | | | | | ADMISSÃO | | | SA |
|----------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----|
| ATIVIDADE SCULAR | Movimenta os quatro membros | 2 | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Movimenta dois membros | 1 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| RESPIRAÇÃO | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente | 2 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Apresenta dispneia ou limitação da respiração | 1 | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Tem apneia | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| CIRCULAÇÃO | PA em 20% do nível pré-anestésico | 2 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | PA em 20-49% do nível anestésico | 1 | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | PA em 50% do nível pré-anestésico | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| CONSCIÊNCIA | Está lúcido e orientado no tempo e espaço | 2 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Desperta, se solicitado | 1 | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Não responde | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| SATURAÇÃO O2 | É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente | 2 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90% | 1 | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂ | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ESCALA DE DOR ADMISSÃO | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| ESCALA DE DOR SAÍDA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| TOTAL | <u>09</u> | | | | | | | | |
| ASS. | <u>gratidão</u> | | | | | | | | |

| <input type="checkbox"/> SONDA VESICAL | <input type="checkbox"/> DREN. DE SUCÇÃO | <input type="checkbox"/> DREN. TORACICO | <input type="checkbox"/> DVE | <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA | SONDA <input type="checkbox"/> NASOG. <input type="checkbox"/> IN |
|--|--|---|------------------------------|-------------------------------------|---|
| hs | mL | hs | mL | hs | mL |
| hs | mL | hs | mL | hs | mL |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POI de esternite de fêmur, sepe calmo, respiratório: a9.1-1 Enfa: fundílma 484.168

RAIO-X REALIZADO
 DATA 13/09/19 HORA 21:00
 TÉCNICO: Danilo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Luiz Gonçalves Grangeiro
 MÉDICO
 CRM-PI 4538

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS FOTOGRÁFICOS []

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

INVESTIGAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE / HOSPITAL DE BESINAS - HIB

RESINA - HUT

100

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREScriçãO JÉDICA



SPINE
MEDICAL

SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1948

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 18.472.900-0001-01

Rua Manoel Filho, 125 / Centro Norte

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte
Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax 3221-0318 CEP: 64.001-250

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2
E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM 358

358

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | |
|--|-------------------------------------|---|
| NOME Nº AIH | Dieime 247406 William Corlho Duarte | |
| Nº PRONTUÁRIO 522254 | | |
| PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: | | |
| INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030910 | | |
| MÉDICO RESPONSÁVEL | | |
| NOME Dr. Fernando | CRM Nº | |
| CRM Nº | CPF Nº | |
| DATA INTERNAÇÃO | | |
| DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL 13,09,2019 | | |
| MATERIAL UTILIZADO | | |
| CÓDIGO OPM (Tabela SUS) | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.) |
| | 01 | Placa DCP larga 4,5mm |
| | 08 | Parafusos centrais |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| DADOS DO FORNECEDOR | | |
| EMPRESA: Spine medical | CNPJ Nº | Imp. Atualizada Sustentável Matrícula 050224 CNPJ 01.300.111/0001-01 |
| ENDERÉCOS: | | |
| ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS | | |
| EM 13,09,2019 Dr. Fernando C. de Oliveira Médico Responsável (Assinatura e carimbo) | EM _____ | W. Duarmino Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo) |

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1^a via - Prontuário, 2^a via - Fornecedor; 3^a via - Processo de pagamento

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



R. Magalhães Filho, Nº 175
Bairro: Centro
Teresina - PI
CEP: 64000-128
FONE: (86) 3221-0318

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica



0 - Entrada
1 - Saída 1
Nº 000.030.822
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO

2219 0911 6641 1800 0130 5500 1000 0308 2210 0000 0011

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL:
194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322190013799095 - 2019-09-19T16:48:30-03

CNPJ
11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOSSA RAZÃO SOCIAL:

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

CNPJ/CPF

05.522.917/0001-70

DATA DA EMISSÃO
19/09/2019

ENDEREÇO

a Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015

MUNICÍPIO

Teresina

BAIRRO/DISTRITO

Porenguato

CEP

64002-530

INSCRIÇÃO ESTADUAL

(86) 3194-6777 PI

DATA DE SAÍDA/ENTRADA
19/09/2019

HORA DE SAÍDA
16:49:29

FATURA/DUPLICATA

Número Dia Vcto. Valor
001 19/10/2019 296,13

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DE ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|--|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 296,13 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI VAL. APROX. TRIB. VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 296,13 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|------------------|-----------------|------------------------------|
| NOSSO CARRO | 0 - Rem. | | | | |
| R:MAGALHAES FILHO,175 | | MUNICÍPIO TERESINA | | UF PI | INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO (Kg) | PESO LÍQUIDO (Kg) |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| COD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VAL. UNIT. | VAL. TOT. | BC ICMS | VAL ICMS | VAL IPI | % ICMS | % IPI | V.A.P. TRIB. |
|------|--|----------|-----|------|----|--------|------------|-----------|---------|----------|---------|--------|-------|--------------|
| 51 | 0702030910 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 mm LARGA (INCLUI PARAFUSOS) (Ref: 40104500344 Qtde: 1 Lote: 05996/17) (Ref: 40104500360 Qtde: 1 Lote: 05997/18) (Ref: 40104500360 Qtde: 2 Lote: 07506/18) (Ref: 40104500387 Qtde: 1 Lote: 00441/19) (Ref: 40104500409 Qtde: 1 Lote: 00453/19) (Ref: 40104500441 Qtde: 1 Lote: 01107/18) (Ref: 40104500563 Qtde: 2 Lote: 06009/18) (Ref: 40104500646 Qtde: 1 Lote: 05956/18) (Ref: 40202000109 Qtde: 1 Lote: 04851/17) | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,0000 | 296,1300 | 296,13 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Transportador: Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME
Número: 000.030.822
SAF - HUT
Confirmação: 19/09/2019

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

(PCT: DIEIMI WILLIAN COELHO DUARTE) PRONT: 522254 (CONV: SUS) (DR. FERNANDO C DE OLIVEIRA) (DATA: 13/09/2019) (HOSP: HUT)

RESERVADO AO FISCO

NOME DO PACIENTE

DEIME WILIAN COELHO DUARTE

DATA/HORA
CÓDIGO

MÉDICO ASSISTENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÕES

Di: 09/09/2019 FRAT FEMUR D + 3 E 4 DEDOS

Dr. Ricardo S. Valença /

Ortopedia e Traumatologia /

CRM3415-TE010029 /

CRM3766-TE0111305 /

CRM3367 /

1 Dieta oral livre

2 Jelco salinizado

3 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs

4 Cefalotina 1g+ AD EV 6/6H

5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs

6 Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN

7 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

8 Neozine 4% 10gts VO noite

9 Cuidados gerais e sinais vitais

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276



SPINE
MEDICAL

SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1948

3.11.004.118/0001-30 Infsc. Est.: 19.472.
Rua Magalhães Filho, 175 / Centro - N.º 1

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte
1-2936 Fone/Fax: 3221-2212/3221-2213

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Uso de Óticas - Página 1

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

358

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | |
|--------------------------------|------------------------------|
| NOME | Dieime Willian Coelho Duarte |
| Nº AIH | 247406 |
| Nº PRONTUÁRIO | 522254 |
| PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: | |

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030910

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Fernando

CRM N° _____

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

13.09.2019

MATERIAL UTILIZADO

| CÓDIGO OPM (Tabela SUS) | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.) | |
|----------------------------|--------|---|--------------------|
| | | ITEM | DETALHE |
| | 01 | Placa DCP larga 4,5mm | Parafusos centrais |

100-175-1
Marion 00134
SAC
Confidential

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA

CARLINS

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM 13, 09, 2019

EM _____ / _____ L

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1^ª via - Prontuário, 2^ª via - Fornecedor; 3^ª via - Processo de pagamento.

Fls N° _____
 Proc. N° _____
 Rubrica _____

 DATA 13/09/19

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------|---------------|
| NOME DO PACIENTE: | <u>Diegue Willian L. Dantas</u> | PRONTUÁRIO N°: | <u>522254</u> |
| DIAGNÓSTICO: | CIRURGIA: | | |
| ANESTESIA: | Nº DA SALA: <u>06</u> | | |
| CIRURGÃO: <u>Dra. Fernando Louto</u> | CPF N° | | |
| AUXILIAR: | CPF N° | | |
| ANESTESIA: <u>Dra. Hellen</u> | CPF N° | | |
| INSTRUMENTADORA: <u>Valdilene</u> | CPF N° | | |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-------------------|-------|------------|-------|----------------------------------|--------|------------|-------|
| AGULHA 25X8 | UNID. | <u>03</u> | | LÂMINA DE BISTURI | UNID. | <u>02</u> | |
| AGULHA 30X8 | UNID. | <u>02</u> | | LUVA N° <u>615-7.0 e 7.5</u> PAR | PAR | <u>08</u> | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | <u>01</u> | | LUVA N° <u>810 e 815</u> PAR | PAR | <u>06</u> | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | <u>01</u> | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | <u>20</u> | |
| ÁLCOOL 70% | ML | <u>200</u> | | PVPI DE GERMANTE | ML | <u>300</u> | |
| ALGODÃO | BOLA | <u>03</u> | | PVPI TÓPICO | ML | <u>950</u> | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | <u>200</u> | | PVPI TINTURA | ML | <u>100</u> | |
| COMPRESSA | PAC. | <u>05</u> | | SERINGA 20CC | UNID. | <u>03</u> | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | <u>02</u> | | SERINGA 10CC | UNID. | <u>03</u> | |
| ESPARADRAPO | CM | <u>150</u> | | SERINGA 5CC | UNID. | <u>02</u> | |
| ESCALPE N° | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | <u>02</u> | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | <u>08</u> | |
| GASES | PAC. | <u>08</u> | | SONDA URETRAL | UNID. | <u>02</u> | |
| JELCO N° | UNID. | <u>02</u> | | <u>Esgotou</u> | UNID. | <u>04</u> | |

| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA |
|-------------------------|----------|---------------|-------|------------------------------|
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. | | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. | | | | |
| ALCOFIL | | | | |
| MONONYLON | | <u>2-0 05</u> | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: <u>Hellen</u> |
| VICRYL | <u>1</u> | <u>03</u> | | CIRCULANTE: <u>Constânci</u> |
| PROLENO | | | | |

 Término de procedimento
 Número de protocolo: 056284
 Data: 13/09/19
 Coordenador: B

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 242497

AIH: 2219101907352

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

700100961810215

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

NASCIMENTO

17/03/1988

SEXO

M

PRONTUÁRIO

522254

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

114821

8688568748

EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

ENDERECO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

CIDADE NOVA

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE POLITRÁUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA X FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRÍCÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

CPF: 21781721807

CRM:

DATA ADMISSÃO

13/09/2019 17:07

DATA ALTA

15/09/2019 09:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

MARCOS DE MORAES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 67939400363

CRM:

DATA ANÁLISE: 13/09/2019 17:30:31

CPF

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

242497

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

247406

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

6 - Prontuário: 522254

7-CNS:

8-Nascimento: 17/03/1988

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

12-Fone: 86-999936-516

13-Resp: FAGNER

14-Cor: Parda

15-Ender: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trânsito, dor, deformidade e limitação em movimento

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura cirúrgica

Internação cirúrgica
Matrícula: 059934
SAE-HUT
C/01

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

Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Prin: 25-CID Sec.:
S723

23-Diagnóstico Inicial:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

29-Clinica:

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

02 01 CPF 217.817.218-07

Tutor
4

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3457 - TEOT 11913

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

13/09/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº Bilhete:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

08/10/19

Impresso por: José de Ribamar Soares Ribeiro
Data: 13/09/2019 - 17:09:16
Matrícula: 059934/FMS
CNPJ: 23.206.453-00
Número de Documento: 63260002
50-Autorizado por: Conselho:

48-Documento: ()CNS ()CPF

49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Jairo Andrade

Assinatura: HERBERT NEUMANN
Consultor Local: DANILO
Consultor SMS:
Impressão: 13/09/2019 17:09:16

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

D. Cíntia Willian Coelho Dutra

Diagnóstico pré-operatório

Fratura dífr. de Femur

Operação - Tipo

R.A.F.I

Cirurgião

Fernando Caro

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Fernando C. de Oliveira

Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

nestésico(a)

CRM-PI 3467 - TECI 11913

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte aberto sob nártex e extensão + proprio lóbulo
- 2) Via arteriolar + dissecação
- 3) Redutor + Fracção c/ placa + parafusos
- 4) Lavada c/ SF 0,9% + sutura
- 5) Cerrado

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3467 - TECI 11913

Assinatura
Márcio 05/02/04
SAMU HUT
Centro Cirúrgico



LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304799 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE TORAX

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- GRANULOMA CALCIFICADO NO ÁPICE DO PULMÃO ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,5 cm.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- AR CABOUCO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIORCPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Terceiro Período de Série Lípida
Matrícula: 059234
SAMU HUT
Confidencial - Cópia Original



FOLHA DE ANESTESIA
UNIDADE DE SAÚDE

| | | | | | |
|--|--|---------------------------|-----------------|----------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE DIRIMÉ WILLIAM COVIL DUARTE | | | | | Nº DE REGISTRO 247496 |
| DATA: 13/03/19 | | P. ARTERIAL 140x80 | PULSO 75 | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA |
| EXAMES DE SANGUE | | GR. SANGUÍNEO | HEMATOMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS |
| EXAMES DE URINA | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | | | | | |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO | | | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | | |
| SISTEMA DIGESTIVO | | SISTEMA URINÁRIO | | | |
| ESTADO MENTAL ESTADO DE AGITAÇÃO, PÁNICO DE ANESTESIA | | CORTICOIDES | | ATARAXICOS | OUTROS |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO | | | | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) | | | APLICADO AS | EFEITOS | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | | | | | |
| LÍQUIDOS | | | | | |
| TEMPERATURA T | | | | | |
| P. ARTERIAL V | | | | | |
| O PULSO | | | | | |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | | | | | |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | | | | | |
| RESPIRAÇÃO O | | | | | |
| SÍMBOLOS 16:30 | | | | | |
| TÉCNICAS BLOQUEO SUBARÁCNÓIDE + DURAL BALANÇADA | | | | | |
| OPERAÇÕES | | | | | |
| CIRURGIÕES DR. FERNANDO COUTO | | | | | |
| ANESTESISTAS DR. MIRAN DR. RAPHAEL | | | | | |
| Rafael de Moraes Machado Ribeiro CRM-PI 0049 Fisiologista | | | | | |
| PARITULARIDADES | | | | | |
| UNIDADE DE SAÚDE | | | | | |
| CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS | | | | | |
| Término Anestesiado Sessão Márcio 0559234 SAU - HUT Conf. Dr. Cesar | | | | | |


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304863 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas nas falanges proximais do 3º e 4º quirodáctilos com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

 Dr. Carlos Augusto Moura Fe
 Matrícula: 059234
 SAÚDE - HUT
 Confere com Original

 Dr. Carlos Augusto Moura Fe
 Matrícula: 059234
 SAÚDE - HUT
 Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Páginas: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)

Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383

Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO

Controle: 1304864 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diáfise proximal do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Carlos Augusto Moura Fe
Matrícula: 059234
CRM: 1341
Conselho: CCRPI


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: **RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304865 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 09/09/2019

JOELHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Treze Razan Peixoto de Souza Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original




LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304866 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/09/2019

PERNA DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Laudo Radiológico
 Matrícula: 059234
 Salas: HUT
 Gabinete: 001/001



LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247297
Requisição: 999913 Solicitação: 13/09/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1309111 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame - 13/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura recente alinhada na diáfise proximal do fêmur fixada com placa e parafusos metálicos.
 - Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional Responsável

Dr. Lucile Remy de Saussure
Maliboula 2558234
SAV H
Comptoirs de l'Afrique


HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: **RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304797 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNO REGULAR E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BATO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNO REGULAR E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNO REGULAR E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Teste Digital Período de Suspeita
 Matri.: 6401759234
 SAU: HUT
 Conf.: 09/09/2019




LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: **522254**)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304796 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Osvaldo Soares de Carvalho Júnior
Matrícula: 0059234
SAMU HUT
Confere com Original


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: **RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304798 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE PELVE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

 Terciário Hospital de Urgência
 Matrícula 059234
 SAMU HUT
 Confere com Original




LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304796 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

*Joana Luisa Almeida
Matrícula: 47900
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIG*



LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304797 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Professional Responsável

Joana Luís Mendes de Almeida
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O CERTIFICADO

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Fase 1/19.1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: **522254**)

Endereço: **RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**

Nascimento: **17/03/1988** Idade: **31a5m23d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **740383**

Requisição: **997886** Solicitação: **09/09/2019** Solicitante: **BRUNO CALAÇA RIBEIRO**

Controle: **1304798** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE PELVE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

João Luís Mendes de Melo
Matri.: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM



LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304799 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE TORAX

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- GRANULOMA CALCIFICADO NO ÁPICE DO PULMÃO ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,5 cm.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIAS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- AR CABOUCO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIORCPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes da Mota
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997887 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304800 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

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

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/09/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Page 1 of 4

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: **RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304863 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas nas falanges proximais do 3º e 4º quirodáctilos com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FECPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

José Luís Mendes de Mesquita
Matricula: 47390
SAMT - HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL





LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304864 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diáfise proximal do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

José Luís Moura
Matrícula: 13390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304865 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 09/09/2019

JOELHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável


 Joâo Luís de Oliveira
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE



LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
 Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
 Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1304866 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/09/2019

PERNA DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

João Luis Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247297
Requisição: 999913 Solicitação: 13/09/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1309111 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 13/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura recente alinhada na diáfise proximal do fêmur fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FECPF: 133 903 173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004340/20

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

CPF: 969.902.102-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE : 969.902.102-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004811 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO.
FRATURA DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO DIREITA COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÉMUR(PLACA E PARAFUSO);DE 3º E 4º DEDOS - FIO DE K.
ALTA MÉDICA. P.06/17/39/55/59

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
E DE LEVE DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau leve - 25 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 22,5 % | R\$ 3.037,50 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Dieime Willian Coelho Duarte
RG: 4.560.533 Orgão Emissor: SSP-AP
CPF: 969.902.102-06 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: casado Profissão: autônomo
Endereço: Av. Br. de Castelo Branco Nº 420
Bairro: urbano Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keyilly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Dieime Willian Coelho Duarte
CPF: 969.902.102-06 Data do Acidente: 08/09/19
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Teresina - Piauí 25/09/2019

Local e data

Dieime Willian Coelho Duarte
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório
Themistocles
Sampaio
Santos

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lourdes Requista, 1025 - Centro - CEP 6400-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 321-1204 - E-mail: autenticacao@cartoriosergipao.com.br
Interv. Anatolia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DIEIME WILLIAN
COELHO DUARTE. SOU FÉ. EM TESTE Dieime Willian Coelho Duarte DA VERDADE.
Teresina-PI. 25/09/2019.
Selo: AAJ46292-XFJW
www.tjpi.jus.br/portalextra
Dieime Willian Coelho Duarte

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,65 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 196
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardenia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004340/20

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

CPF: 969.902.102-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE : 969.902.102-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior