

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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190566771

Vítima: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

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, 20 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190566771**

Vítima: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **684**

Conta: **0000075221-7**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **HIRGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**

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

5 - Nome completo: HIRGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO	6 - CPF: 614.635.163-63		
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: RUA BENEDITO JOSE TELES	9 - Número: 60	10 - Complemento: 0000
11 - Bairro: SANTA FÉ	12 - Cidade: CRATO	13 - Estado: CE	14 - CEP: 63139500
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (083) 94560116	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **0684** CONTA: **75222** **7**
 (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 Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: 30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

CRATO-CE 02-10-2019
Hirgo Alberto da Silva Pinheiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 11527 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/10/2019 11:16:11**
Data / Hora da Ocorrência: **01/07/2019 16:15:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PADRE CÍCERO, SÃO JOSÉ - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO ATACADÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**
Nascimento: **16/11/1999** CPF: **614.635.163-63**
RG: **20089675457** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS DORES DA SILVA**
THIAGO BEZERRA PINHEIRO
Endereço: **RUA BENEDITO JOSÉ TELES, 60**
Bairro: **DISTRITO SANTA FÉ**
Município: **CRATO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98142-6509**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQX6116** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:
9C2JC30708R740284 Renavam: **252407695** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2008 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **MARIA DAS DORES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Advertido das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que na data do fato era devidamente HABILITADO, categoria AB e que no dia, local e hora acima citados, trafegava como piloto da moto acima descrita, quando um indivíduo que trafegava em um veículo Toyota Corolla, ingressou na via preferencial, indevidamente, motivo pelo qual acabou se chocando contra a traseira do automóvel, em seguida, caindo ao solo. Não conseguiu identificar o nome do motorista, nem a placa do Corolla, pois, apesar de o condutor ter parado e acionado SAMU, em seguida foi embora, sem deixar seus contatos pessoais; QUE instantes depois foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, levado para a Unidade de Pronto Atendimento desta cidade de Juazeiro do Norte e, de lá, foi transferido para o Hospital São Raimundo, na cidade do Crato; QUE em virtude do sinistro sofreu as lesões descritas nos documentos médicos que apresenta, cujas cópias seguem em anexo. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019698772



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 11527 / 2019

GLEDSO LIMA BEZERRA - MAT.: 134679-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Wagson Alves da silva ambrósio

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

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: **HIRGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**

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

5 - Nome completo: HIRGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO	6 - CPF: 614.635.163-63		
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: RUA BENEDITO JOSE TELES	9 - Número: 60	10 - Complemento: 0000
11 - Bairro: SANTA FÉ	12 - Cidade: CRATO	13 - Estado: CE	14 - CEP: 63139500
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (083) 94560116	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **0684** CONTA: **75222** **7**
 (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 Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: 30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (3º) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

CRATO-CE 02-10-2019
Hirgo Alberto da Silva Pinheiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

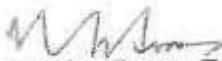
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou a atendimento pré hospitalar ao Sr. **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**, portador do RG n.º 2008967545-7, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 614.635.163-63, no dia 01/07/2019, às 16h44, Município de Juazeiro do Norte-CE, na Avenida Padre Cicero, Bairro São José, próximo ao Atacadão, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para UPA de Juazeiro do Norte. E para constar eu,  **Eliete Gomes Pereira**
Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 19 de agosto de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antônio Bezerra Rulim
Birecão Médica-Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

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: 15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 00000075221-7

Nr. da Autenticação 91DC9B37528E714A

Ficha de Atendimento

Paciente

Nome: 192374 HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Responsável: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

Mãe: TI HIAGO DEZERRA PINHEIRO

Endereço: RUA BENEDITO JOSE TELES, 60, ZONARURAL - JUAZEIRO CEP: 63.079-899 Natural: JUAZEIRO DO NORTE

Nasc: 16/11/1999 Idade: 19

Telefone: ()

Celular: ()

Natural: JUAZEIRO DO NORTE

Documento

Mat/CNS:

Trabalho:

Doc. Identidade: 2008967545-7 Guia:

Validade da Carteira

Autorização

Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

PACIENTE TRASIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FERIMENTO EM TORAX D.

REFERI-SE DOR EM PUNHO DA MÃO D.

Observação

SOL DE RX
ANALGESIA
ENC PARA ESPECIALIDADES

Exame Físico

CONCIENTE
ORIENTADO

Classificação de Risco

Classificação: LARANJA

Queixa: VITIMA DE ACIDENTE MOTO CARRO TRAZIDO PELO SAMU

Conclusão Diagnóstica

CIN-10 V299

Evolução/Anotação de Enfermagem

Antônio Reinaldo da Silva
CRM 11023

ANTONIO REINALDO DA SILVA
CRM: 11023 / CE

Diretor Médico



UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE
e-mail...
tel...
http://www.imeg.com.br

UPA 24h

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 2156-2188

581664
Atendimento

169173
Prescrição



Prontuário

Nome: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Alérgico: Leto de Observação

Nasc: 16/11/1999 Idade: 19

APRAZAMENTO

Pág: 1

Solução para Venoclise

Convênio: SUS
Data: 01/07/2019 17:31

Cbs 16 18 20 22 00 02 04 06 08 10 12 14

Medicações

- 1 - SOLUÇÃO Fisiológica 0,9%, 500ml
- 2 - DIFERINA 1G/2ML TV
- 3 - DEXAME TASCR 4MG/2,5ML TV
- 4 - DICLOFENACO DE SODI 75MG/3ML IM

Cod Aprazador

~~Antônio Renaldo da Silva~~
~~11023 / CE~~

ANTONIO RENALDO DA SILVA

ATO DECLARATÓRIO

DATA ATEND.	01/07/2019	DATA ATEND.	564868
PACIENTE	HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO	SEXO	MASCULINO
DATA NASC.	16/11/1999	IDADE	19
RG	2808967545-7	CPF	614.635.163-63
M.T.	MARIA DAS DORES DA SILVA		
ENDERECO	RUA VICENTE TELES 37 CASA		
CIDADE	CRATO	UF	CE
TELEFONE	88997534951	TELEFONE 2	
PLACAR DE SAÚDE	BPA SUS	MATRÍCULA	898002759621458
			TIPO DE ATEND.
			NARCIZO FRANCISCO FERREIR
			CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA: URGÊNCIA MAIOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Inicio da Classificação: 01/07/2019 21:41
 Classificador.....: NATALY DE LUCENA CELIAO REIS
 Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA
 GRUPO DE PREGUNTAS: TOLIFE
 QUEIXA: DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM ENTERRAÇO DIREITO
 ORIGEM: SANTA FÉ
 TIPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO
 ENCAMINHAMENTO: CONSULTÓRIO
 INÍCIO DO EPISÓDIO: 16:00 HORAS DE HOJE

Término da Classificação:<B045XXXX> 21:44
 Coren: 551078

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE: QUEDA DE MOTO, COM FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIR

RX - FRATURA DO RÁDIO D.
 - TALA AXILO PALMAR EM MSD

INTERNAR PAR PRE-OP E POSTERIOR CIRURGIA ELETIVA

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

Dr. Narciso Flores
 Especialista em Traumatologia
 Assinatura: Currículo do Médico
 CRM: 101-7331

Ass. Paciente / Responsável

Edna
 31/07/19

FICHA DE INTERNAÇÃO

Prontuário 51215
Internação 564869

Impresso 01/07/2019 22:05

DADOS DO PACIENTE

Paciente	HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO	Nasc.	16/11/1999	Idade	19	Sexo	M
Matrícula	898002759621458	Responsável	HIAGO ALBERTO DA SILVA				
PINHEIRO		Bairro	SANTA FE	Cep	63132070		
Endereço	RUA VICENTE TELES 37 CASA	Telefone	88997534951	998002915			
Cidade	CRATO	País	THIAGO BEZERRA PINHEIRO				
Mae	MARIA DAS DÓRES DA SILVA	RG	2008967545-7	CE	SSP-CE		
CPF	614.635.163-63	Raça	PARDO				
Natural	CRATO	Est. Civil	SOLTEIRO				
Profissão	AUX. TECNI						

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico	ITALO BRITO ALENCAR ALVES	Data/Hora	01/07/2019 22:02
Clinica	INTERN. CIRURGICA	Convenio	SUS INTERNADOS
Cor	POSTO MASCULINO	Caráter	ELETIVA
Comodação	AM03	Tipo Acomod	ENFERMARIA CLINICA
Leito	AM3.05	Atendente	VANESSA

RESUMO DE TRATAMENTO

Por e Edma 4 hr
Modo

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITais PA = FP = FR = TA =

ACV rrr em dt

AR MV

ABDÔMEN chao

NEUROLÓGICO Alarg. 15 Edma 31-07-19

ECG AO = RV = RM =

PUPILAS

CONDUTA -

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO
Nº DO UNISUS 13150025628 TRASNF. P/ MÉDICO

ASSINATURA Veneno CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM 05/07/2019

maria das dores das ilha

Paciente/Responsável

Médico(a): 13475 ANTONIO BRITO ALENCAR ALVES
CRM-CE 13475-P

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
CONVÊNIO BPA SUS

LEITO

ATENDIMENTO 564868
MÉDICO NARCIZO DATA/HORA 01/07/2019 22:03

PACIENTE VITIMA DE FRATURA DE RÁDIO
INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO ELETIVO
COND - INTERNAR PARA ANALGÉSIA E PRONTO-OP

Médico(a): NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM:007304-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05 Atend.: 564869
Enfermeiro(a): OLIVEIRA Data/Hora: 01/07/2019 22:50

NOITE
PACIENTE JOVEM ADMITIDO PARA TRATAMENTO CLÍNICO POR DRº ITAÍO, FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO, EM USO DE TALA GESSADA, O MESMO CHEGOU CONSCIENTE ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, CALMO, COOPERATIVO, REFFERE ALGIA NO MOMENTO, REALIZADO ACESSO VENOSO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, MCPM, COM 04 RX ANEXO AO PRONTUÁRIO, SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): ELIANE OLIVEIRA DA SILVA DE FREITAS
COREN: 918199-CE

Eliane

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
CONVÉNIO SUS INTERNADOS
12:26

LEITO: AM3.05 ATENDIMENTO: 564869
MÉDICO: THAISSA DATA/HORA: 02/07/2019

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#HD: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

#APP: NEGA

#MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

#ATB: 00

#ADMISSÃO: PACIENTE ADMITIDA NESTA UNIDADE COM HISTÓRIA DE TRAUMA. (ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOXCARRO)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. ACEITANDO ALIMENTAÇÃO VIA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEM MAIS INTERCORRÊNCIAS. APRESENTA FLICTEMAS

#EXAME FÍSICO: ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO
AR: MV + EM AHT, SEM RA
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF
ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RHA +
EXT: PULSOS + EM MID, SEM EDEMA

EXAMES: SOLICITADOS

#CONDUTA: AGUARDA CIRURGIA
SOLICITO EXAMES E ECG

Médico(a): THAISSA LAVINEA FERNANDES DE ALMEIDA LOPES
CRM:16106-CE

Thaissa Fernandes de Almeida Lopes
MÉDICA
CRM: 16.106

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

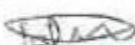
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05 Atend.: 564869
Enfermeiro(a): FATIMA Data/Hora: 02/07/2019 19:45

NOITE:

FACIENTE EM TRATAMENTO, EVOLUI COM ESTADO GERAL ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, COOPERATIVO, RESPIRA EM AR AMBIENTE E DEAMBULA SEM AUXILIO. SEGUE NORMOTENSO, AFEBRIL E EUPNEICO, SSVV AFERIDOS, MANTEM ACESSO VENOSO PERIPERICO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. ATÉ O MOMENTO NÃO APRESENTA QUEIXAS. MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.


Tecnico(a): MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA
COREN:1017421-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
CONVÉNIO SUS INTERNADOS

LEITO AM3.05

ATENDIMENTO 564869

MÉDICO ITALO DATA/HORA 03/07/2019 05:42

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#HD: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

#APP: NEGA

#MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

✓ #ATB: 00

#ADMISSÃO: PACIENTE ADMITIDA NESTA UNIDADE COM HISTÓRIA DE TRAUMA. (ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOXCARRO)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. ACEITANDO ALIMENTAÇÃO VIA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEM MAIS INTERCORRÊNCIAS. APRESENTA FLICTEMAS

#EXAME FÍSICO: ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO
AR: MV + EM AHT, SEM RA
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF
ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RHA +
EXT: PULSOS + EM MID, SEM EDEMA

✓ # EXAMES: SOLICITADOS

✓ #CONDUTA: AGUARDA CIRURGIA
SOLICITO EXAMES E ECG

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES
CRM:13476-CE

Dr. Italo Brito Alencar
CRM-PE 13476 - C.R.C-PE 1008

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05 Atend.: 564869
Enfermeiro(a): CAROLINA Data/Hora: 03/07/2019 22:58

NOITE

CLIENTE COM FRATURA EM TRATAMENTO CLINICO COM DR. ITALO.
EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COOPERATIVO, ATIVO, NORMOTENSO,
AFEBRIL, EM AR AMBIENTE, DIURESE ESPONTANEA, NEGA QUEIXA, MANTEM AVP
PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, FOI MEDICADO, SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS
DA ENFERMAGEM.

ana carolina inacio furtado
Tecnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO
COREN:1169836-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
CONVÊNIO SUS INTERNADOS

LEITO AM3.05 ATENDIMENTO 564869

MÉDICO ITALO DATA/HORA 04/07/2019 05:54

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#HD: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

#APP: NEGA

#MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

#ATB: 00

#ADMISSÃO: PACIENTE ADMITIDA NESTA UNIDADE COM HISTÓRIA DE TRAUMA. (ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOCARRO)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. ACEITANDO ALIMENTAÇÃO VIA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEM MAIS INTERCORRÊNCIAS. APRESENTA FLICTEMAS

#EXAME FÍSICO: ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO
AR: MV + EM AHT, SEM RA

ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF

ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RHA +

EXT: PULSOS + EM MID, SEM EDEMA

EXAMES: NORMAIS.

#CONDUTA: AGUARDA CIRURGIA

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES
CRM:13476-CE

Dr. Italo Brito Alencar
CRM: 13476-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

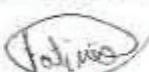
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05 Atend.: 564869
Enfermeiro(a): FATIMA Data/Hora: 04/07/2019 19:40

NOITE:

PACIENTE EM TRATAMENTO EVOLUI, COOPERATIVO, ORIENTADO, ESTADO GERAL ESTAVEL, SSVV, ATE O MOMENTO MANTEM ACESSO VENOSO PERIFERICO, PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, MCPM, EXAMES ANEXOS, SEM FEBRE, SEM INTERCORRENCIAS NO MOMENTO, AGUARDA DATA, SEGUE NO LEITO SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.



Tecnico(a): MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA
COREN: 1017421-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Prontuario: 51215 Leito: AM3.05 Atendimento: 564869
Enfermeiro(a):: MICHELLE Data/Hora: 05/07/2019 00:30

ALTA ADMINISTRATIVA

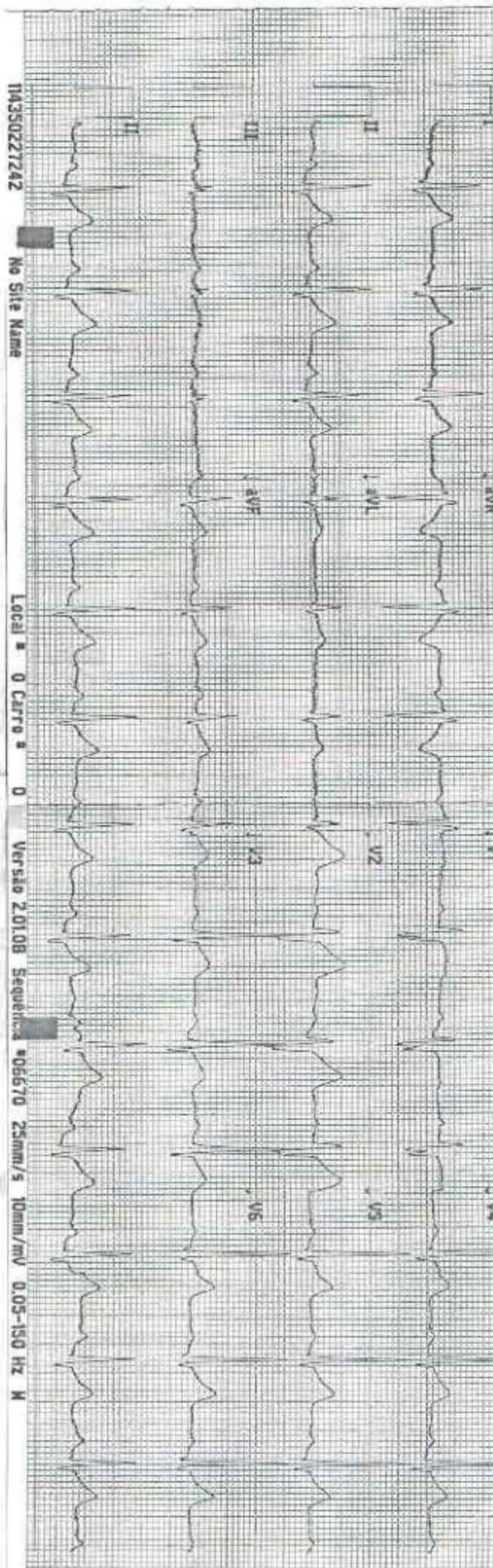
Enfermeiro(a):IRIS MICHELLE DE FREITAS SANTIAGO
COREN : 234202-CE

Anotações de Enfermagem

ALBERTO DA SILVA
D. 1959
Data Nasc: 16/01/1959
Nome: Wado

23/01/2019 03:55:16 Freq Vent: 80 BPM
Evol: P-R: 67 ms - Intervalo PR: 172ms
Dur QRS: 0.9ms 01/01/00-365/00ms
RR Média: 743ms 07/01/00-723ms UTP: 412ms

23/01/2019 03:55:16



RELATÓRIO

Nome: Alberto da Silva

Identidade:

Pronunciado:

Sexo: Masculino

Idade: 19 anos

Diagnóstico:

Solicitação:

Data: 02/07/2009

Inclusão:

Pront. encerrado no zero P

W. ALBERTO DA SILVA
M. ALBERTO DA SILVA
CRM 454 - CRF 22.770.222-00

Médico/Cardiologista:

Paciente..... HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Médico..... THAISSA FERNANDES DE A. LOPES
Data Nasc..... 16/11/1999
Data da Coleta.... 03/07/2019

Pedido..... 010038150
Origem..... HSR
Convênio..... HSR - HN
Acomodação,.. A/M 3-5

Hemograma Completo

Material biológico: Sangue Total/EDTA

ERITROGRAMA

Hemáclias..... 4,76 milhões/mm³
Hemoglobina..... 14,70 g/dL
Hematócrito..... 43,30 %
Volume corpuscular médio (VCM)..... 91 fL
Hemoglobina corp. média (HCM)..... 31 pg
Conc. hemog. corp. média (CHCM).... 34 g/dL
RDW..... 13,20 %

Valores Referenciais

5,0 ± 0,5 milhões/mm³
15,0 ± 2,0 g/dL
45 ± 5 %
92 ± 9 fL
29,5 ± 2,5 pg
33 ± 1,5 g/dL
12,8 ± 1,2 %

Método: Automatizado

LEUCOGRAMA

Leucócitos..... 7.400 /mm³ ✓ 7.000 ± 3.000 /mm³

	%	/mm ³	%	/mm ³
--	---	------------------	---	------------------

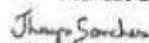
Blastos.....	0	0	0	0
Promielócitos.....	0	0	0	0
Mielócitos.....	0	0	0	0
Metamielócitos.....	0	0	0 a 1	0 a 100
Bastonetes.....	0	0	1 a 3	até 840
Segmentados.....	53	3.922	35 a 65	1.700 a 8.000
Linfócitos.....	33	2.442	20 a 40	900 a 2.900
Eosinófilos.....	1	74	2 a 5	50 a 500
Basófilos.....	13	962	3 a 8	300 a 900
Plaquetas.....	0	0	0 a 1	até 200

Plaquetas..... 184.000 /mm³ ✓ 150.000 a 400.000 /mm³

Observações..... Hemáclias normocíticas e normocrônicas.
Plaquetas Morfológicamente Normais.

Liberado por: Vanessa Lima

Assinado Eletronicamente por Vanessa Lima CRBM 9600 008851010038150P0120190703103936441



Thays Bento
Biomédica CRBM 3531



Vanessa Lima
Biomédica CRBM 9600



Carolina Thalita
Biomédica CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente.....	HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO	Pedido.....	010038150
Médico.....	THAISSA FERNANDES DE A. LOPES	Origem.....	HSR
Data Nasc.....	16/11/1999	Convênio.....	HSR - HN
Data da Coleta....	03/07/2019	Acomodação...	A/M 3-5

Coagulograma

Material biológico: Plasma Citratado

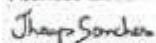
Método: Fibrometria/ automatizado, Diversos

Valores de Referênci

Tempo de Tromboplastina Parcial - TTPA..	26,9 seg	26s a 40
Tempo de Protombina - TP.....	15,0 seg	10 a 1
RNI.....	1,24	
Centagem.....	71 %	

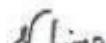
Liberado por: Caroline Thalita

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 6248 008851010038150P0120190703103936441

Thays Sanches

Thays Sanches

Biomédica CRBM 3531

Vanessa Lima

Vanessa Lima

Biomédica CRBM 8800

Caroline Thalita

Caroline Thalita

Biomédica CRBM 6248

Paciente..... HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO Pedido..... 010038150
Médico..... THAISSA FERNANDES DE A. LOPES Origem..... HSR
Data Nasc..... 16/11/1999 Convênio..... HSR - HN
Data da Coleta.... 03/07/2019 Acomodação... A/M 3-5

Glicose

Material biológico: Soro
Resultado: 83 mg/dL
Método: Enzimático / automatizado

Valor de Referência

Adulto : 65 a 99 mg/dL Liberado por: Caroline Thalita

Uréia

Material biológico: Soro
Resultado.....

Método: Enzimático / automatizado

Valor de Referência

Liberado por: Caroline Thalita

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CBBM #248 00885101003815000120190703123935441

Thayer Soncher

Thierry Sanchez

Biometrika CRM 3531

41100

Vanessa Litt

Bioenédice CRM 3820

63

Charles Thorne

Biometrika CRM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente.....	HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO	Pedido.....	010038150
Médico.....	THAISSA FERNANDES DE A. LOPES	Origem.....	HSR
Data Nasc.....	16/11/1999	Convênio.....	HSR - HN
Data da Coleta....	03/07/2019	Acomodação...	A/M 3-5

Creatinina

Material biológico: Soro

Resultado..... 1,01 mg/dL

Método: Cinético/ automatizado

Valor de Referência

Homem: 0,70 a 1,30 mg/dL

Liberado por: Caroline Thalita

Mulher: 0,60 a 1,20 mg/dL

Recém-nascido (prematuro): 0,30 a 1,08 mg/dL

Recém-nascido (a termo): 0,24 a 0,88 mg/dL

Infância de 2 a 11 meses: 0,17 a 0,43 mg/dL

Infância de 1 a 2 anos: 0,24 a 0,42 mg/dL

Criança de 3 a 4 anos: 0,32 a 0,49 mg/dL

Criança de 5 a 6 anos: 0,33 a 0,61 mg/dL

Criança de 7 a 8 anos: 0,41 a 0,62 mg/dL

Criança de 9 a 10 anos: 0,40 a 0,75 mg/dL

Adolescente de 11 a 12 anos: 0,55 a 0,82 mg/dL

Adolescente de 13 a 15 anos: 0,59 a 0,90 mg/dL

Estimativa do Ritmo de Filtração Glomerular (eRFG)

Resultado de eRFG Para Adulto Negro..... 122,38 mL/min/1,73m²

Resultado de eRFG Para Adulto Não Negro.... 101,14 mL/min/1,73m²

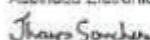
Valor de Referência

Adultos (negros e não negros) maiores de 18 anos: superior a 90 mL/min/1,73m²

NOTA:

- Valores acima de 90mL/min/1,73m² são liberados como superior a 90mL/min/1,73m².
- Após os 40 anos de idade, espera-se uma redução de cerca de 1mL/min do Ritmo de Filtração Glomerular (RFG) por ano.
- ✓ A estimativa do RFG não deve ser utilizada em indivíduos hospitalizados com concentrações de creatinina instáveis, principalmente pacientes com Insuficiência Renal Aguda.
- O uso da estimativa de RFG também não é recomendado em indivíduos com dietas vegetarianas ou que fazem uso de suplementos de creatina, em extremos da massa muscular (amputados, parapélicos, desnutridos, fisiculturistas), e em gestantes.
- Fonte da Fórmula CKD-EPI: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:604-612,2009.

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 6248 008851010038150/0120190703103936441


Thays Sanches

Biomédica CRBM 3531


Vanessa Lima

Biomédica CRBM 9800


Caroline Thalita

Biomédica CRBM 6248

FICHA DE INTERNAÇÃO

 Prontuário 51215
 Internação 565510

Impresso 05/07/2019 02:02

DADOS DO PACIENTE

Paciente	HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO	Nasc.	16/11/1999	Idade	19	Sexo	M
Matrícula	898002759621458	Responsável	HIAGO ALBERTO DA SILVA				
PINHEIRO		Bairro	SANTA FE				
Endereço	RUA VICENTE TELES 37 CASA	Telefone	Cep. 63132070				
Cidade	CRATO	Pai	88997534951998002915				
Mae	MARIA DAS DORES DA SILVA	RG	THIAGO BEZERRA PINHEIRO				
CPF	614.635.163-63	Raça	2008967545-7 CE SSP-CE				
Natural	CRATO	Est. Civil	PARDO				
Profissão	AUX. TECNI		SOLTEIRO				

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico	FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO	Data/Hora	05/07/2019 01:57
Clinica	INTERN. CIRURGICA	Convenio	SUS INTERNADOS
utor	POSTO MASCULINO	Caráter	ELETIVA
Acomodação	AM03	Tipo Acomod	ENFERMARIA CLINICA
Leito	AM3.05	Atendente	NASCIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

Paciente com fratura no
braço interno para tratamento e cirurgia

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

R

ABDOMEN

 Edna
31/07/19

NEUROLÓGICO

ECG AO = RV = RM =

PUPILAS

CONDUTA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Infarto
- Fratura no braço

RESERVADO A RECEPÇÃO

N° DO UNISUS 23150025679

TRASNF. P/ MÉDICO

ASSINATURA Anderson 05/07/19

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

06/07/19
Guadalupe

 Dr. Francisco Petronio Sampaio
Traumatologia-Ortopedia
CRM-CE 5943

Paciente/Responsável

Médico(a): 005943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

DADOS DO PACIENTE

Visão Sobre o seu Fim

— 1 —

19- DATA 05/07/19

CLINICA

APTO./LEITO

RURGIAO

Dr. G. H. Dow

ANESTESISTA

Urgent

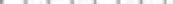
PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

10-05

10:30

15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30

N28
62

Centro.  14/07/2024

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. Dimenid V - 2ml			
2. Dexamethas 1mg			
3. Nardoxin 1ml			
4. Diphew 2g 2ml			
5. Tricor 200 - 1000			
6. P200 - 1.			
7. P100 - 3000			

LIQUIDOS	CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA
----------	--

TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	00:00:00

TOTAL **OPERAÇÃO** *Trs cirurgias de fístula de artéria*

**FICHA GASTO SALA
CENTRO CIRÚRGICO**

DESCRITIVOS

Nome:	Ent.:	Lote:	Data:	Responsável:
ABOCATH				
AGULHA DESCART. 10/14/22G	20	02	LUVA ESTERIL 8,0/10,5	GAZE ESTERIL 7,5X7,5
ATADURA GESSADA	10/14/22G	02	LUVA PROCEDIMENTO	24
ALGODÃO ORTOPEDICO			MONITOR CARDIACO	06
ALCIL IODADO		30mg	OXIMETRO DE PULSO	06
CATETER INTRACATH		01	ASPIRADOR	SONDA FOLEY
CATETER DE OXIGÊNIO			BISTURI ELETRICO	SONDA URETRAL
COLETOR DE URINA			POVIDINE DEGERMANTE	SONDA NASOG.
DRENO PENROSE			PROTOX DE NITROGÊNIO	SERINGA DESCART. 3 ML
DRENO TORAX			OXIGÊNIO 02	SERINGA DESCART. 5 ML
DRENO DE SUÇÃO				SERINGA DESCART. 10 ML
DRENO "T"				SERINGA DESCART. 20 ML
EQUIPO HEMOTRANS				POLIFIX 2 VIAS
ELETRODOS PIE.C.G	05	01		PRO-PES
EQUIPO COMUM	07	01		
EQUIPO P/BOMBAS DE INF.				
ESPARADRAPO MICROP.				
ESPARADRAPO 10X4,5 CM	30cm	01		
FIO STEINMAN				
FIO KIRSCHNER				
FIO DE AÇO P/ CERCLAGEM				

FICHA GASTO SALA
CENTRO CIRÚRGICO

EXAMES REALIZADOS: RX() ECG() USG() TC() LAB.()

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
CONVÉNIO SUS INTERNADOS

LEITO AM3.05 ATENDIMENTO 565510

MÉDICO PETRONIO DATA/HORA 05/07/2019 10:58

PACIENTE OPERADO, PASSA BEM NO P.O.T DE FRATURA NO ANTEBRAÇO.

Francisco Petronio Sampaio
Médico Ortopedia
CRM/CE 5943

Médico(a): FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM:005943-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05 Atend.: 565510
Enfermeiro(a): FATIMA Data/Hora: 05/07/2019 02:02

NOITE:

PACIENTE ADMITIDO NESSE SETOR COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL "D" PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, EXAMES ANEXOS, EM USO DE TALA GESSADA, ORIENTADO, CALMO, ESTADO GERAL ESTAVEL E SEGUO EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Tecnico (a): MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA
COREN: 1017421-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05 Atend.: 565510
Enfermeiro(a): JOSILENE Data/Hora: 05/07/2019 08:00

MANHÃ

PACIENTE EM TRATAMENTO COM DR. PETRONIO. FOI ENCAMINHADO AO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. FRATURA EM RÁDIO DISTAL DIREITO. RETORNANDO PARA ALA CIRÚRGICA. SOB EFEITO ANESTÉSICO. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Técnico(a): MARIA JOSILENE PEREIRA DO NASCIMENTO
COREN: 661345-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AC09.6 Atend.: 565510
Enfermeiro(a): SOLANGE Data/Hora: 05/07/2019 10:00

ANHÃ:

ACIENTE ADULTO COM 19 ANOS DE IDADE, ADMITIDO NESTE SETOR PARA PROVENIENTE DO CENTRO IRÚRGICO EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM DR. PETRONIO, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, RESPIRANDO AR AMBIENTE, VERBALIZANDO AS SUAS NECESSIDADES, Nega queixas no período, em dieta zero, segundo informações colhidas com o mesmo, nega ser alérgico a qualquer medicação, nega hipertensão e diabetes. Segue em repouso no leito e aos cuidados da equipe de enfermagem.

Solange Matias da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN: 1125455

Técnico(a): SOLANGE MATIAS DA SILVA
COREN: 1125455-CE

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Prescrição:14023

["Ci"]

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

Data Solic.: 06/07/2019 12:07:09

Data Pr. Ini: 06/07/2019 12H

Data Atend.: 05/07/2019 01:57:00

Sexo: MASCULINO Dt. Nasc: 16/11/1999 19A 7M 20D
Convênio: SUS INTERNADOS Prescrição: 140235

Data Pr. Enc: 07/07/2019 12H

Atendimento: 56351017

Leito: AC09.6

Dietas

Ítem Código Descrção

001 00000603 DIETA LIVRE
ALTA -

Via Frequência Qtde Total

24/24 1

Ass. - prestador:

DIEGO TEIXEIRA BRITO (CRM 19167)

Impresso em 06/07/2019 12:07:26 pelo Usuário DIEGO

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AC09.6 Atend.: 565510
Enfermeiro(a): ERICA Data/Hora: 06/07/19 11:00

MANHÃ
PACIENTE ADULTO EM TRATAMENTO COM DR. PETRÔNIO.
* RECEBEU ALTA HOSPITALAR.
* RETIRADO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.

Tecnico(a): ERICA MACHADO DA SILVA
COREN:1286197-CE

Erica

Erica Machado da Silva
Técnica em Enfermagem
COREN-CE 001286.197

HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO HOSPITAL SAO RAIMUNDO
51215

05/07/2019
11:52:53

PA

HIAGO ALBERTO

D

HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO HOSPITAL SAO RAIMUNDO
51215

HIAGO ALBERTO

D 05/07/2019
11:54:22

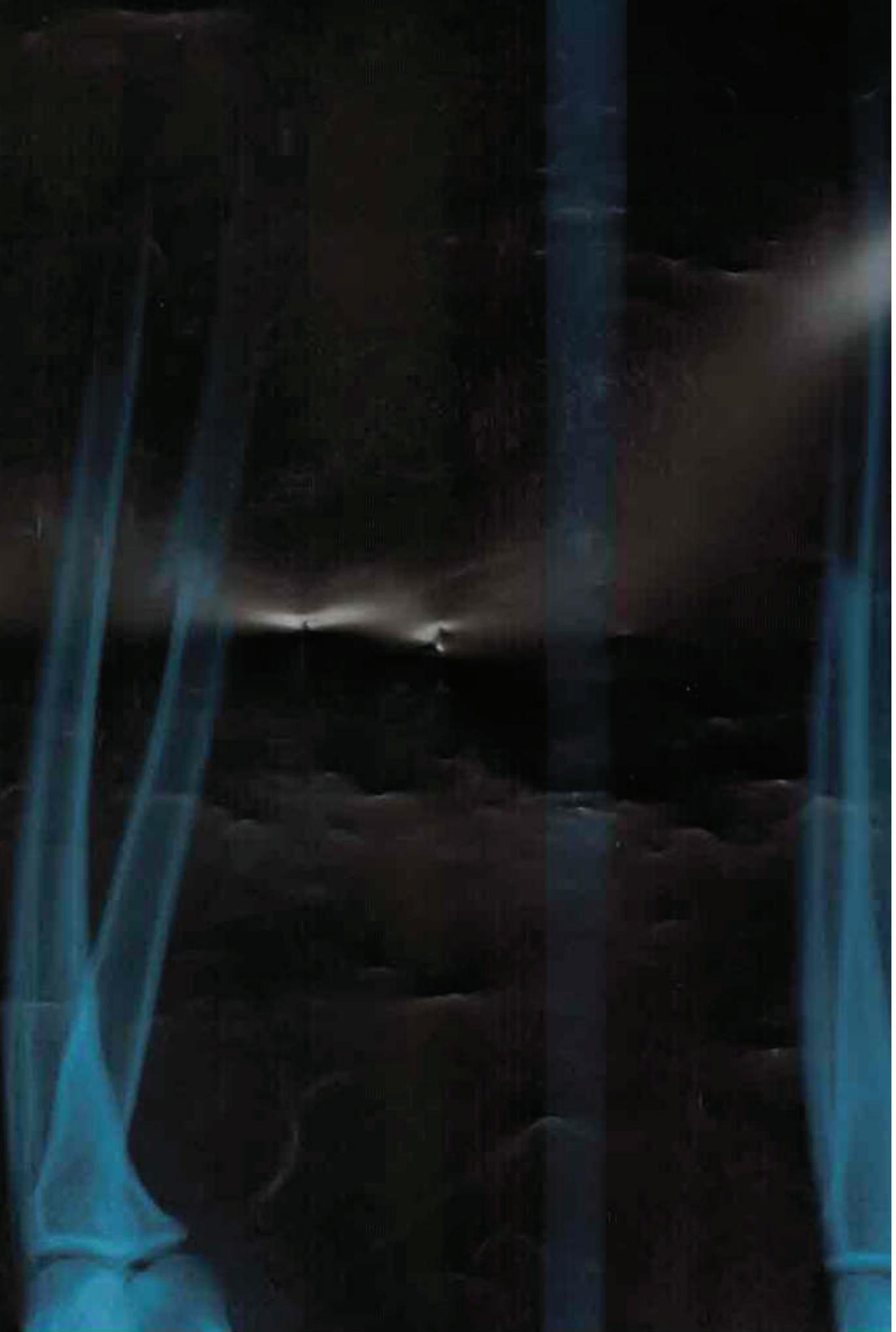
LATERAL

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES
EROS 70 10



01 07 2019

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE
CARTÓRIOS NACIONAIS

NAME: RIANO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

DOC. IDENTIDADE - ORG. NACIONAL
20089075457 - SERPÓS CE

CM: 614.635.163-63 - DATA NASCIMENTO: 16/11/1999

NAME: THIAGO BEZERRA
PINHEIRO
MARIA DAS DORES DA
SILVA

MUNICÍPIO: PINHEIRO - AC
CIDADE: ARI

VALIDADE: 28/08/2019 - PRAZO: 28/08/2018

OPERAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO

PERGUNTA: 1655923950

ASSINATURA DO PÓRTADOR:

DATA: 03/03/2018

78273423651
CEA163568587

CEARA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190566771 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HIAGO ALBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
PINHEIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO EM TÓRAX
FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO. PG 27

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50