
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

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, retorne 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: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 614.635.163.63 4 - Nome completo da vítima: HIRAGO 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: HIRAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO 6 - CPF: 614.635.163.63
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA BENEDITO JOSE TELES 9 - Número: 80 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SANTA FE 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARÁ 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 0684 CONTA: 75222 7 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (velhas)? ☐ 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 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE 22-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 parada 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 : _____

Hiago Alberto da Silva Pinheiro



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11527 / 2019

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Alvaro Alberto da Silva Amaro

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 614.635.163.63 4 - Nome completo da vítima: HIRAGO 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: HIRAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO 6 - CPF: 614.635.163.63
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA BENEDITO JOSE TELES 9 - Número: 80 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SANTA FE 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARÁ 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 0684 CONTA: 75222 7 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (velhas)? ☐ 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 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE 22-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)




GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde




SAMU
192

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 Cícero, 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 Antonio Bezerra Rulim
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: 000000075221-7

Nr. da Autenticação 91DC9B37528E714A

6421696

Ata Social da Energia Elétrica
do cliente pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeirino, 100
CEP 60020-000 | Fortaleza - CE
CNPJ: 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848.3

Para agilizar seu atendimento, utilize o QR acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 000147174

Rota CR528R53 Referência 08/2019

Nome FELIPE DA SILVA RODRIGUES

Endereço RU BENEDITO JOSE TELES, 60060, DISTRITO SANTA FE,
63105-000, CRATO

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 04/08/2019

Medidor 397262-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO
2014-2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000 1100 1200 1300 1400 1500 1600 1700 1800 1900 2000 2100 2200 2300 2400 2500 2600 2700 2800 2900 3000 3100 3200 3300 3400 3500 3600 3700 3800 3900 4000 4100 4200 4300 4400 4500 4600 4700 4800 4900 5000 5100 5200 5300 5400 5500 5600 5700 5800 5900 6000 6100 6200 6300 6400 6500 6600 6700 6800 6900 7000 7100 7200 7300 7400 7500 7600 7700 7800 7900 8000 8100 8200 8300 8400 8500 8600 8700 8800 8900 9000 9100 9200 9300 9400 9500 9600 9700 9800 9900 10000

DADOS DE LEITURA

Anterior 15/07/2019 Atual 03/08/2019 Próxima previsão 10/08/2019

DADOS DA MEDIÇÃO									
Ponto	Leit. Anterior	Leit. Atual	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Anual (kWh)	Consumo Pac. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
EP	27.000	27.000	1,00	111	80	111	0,3245	34,62	34,62

DADOS DO FATURAMENTO		TARIFA	VALOR (R\$)
CIP ESTAT	-	-	6,32
COFINS COMPL BX RENDA	-	-	1,71
PIS COMPL BX RENDA	-	-	0,36
JUROS MORATORIOS	-	-	0,72
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	-	27,58
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-	-27,58
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,19067	-	5,72
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 180 KWH	0,32729	-	22,91
CONSUMO DE 180 KWH ATÉ 220 KWH	0,49000	-	5,39
ADICIONAL BAND. AMARELA	-	-	0,83
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	-	0,40

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	62,84	1,35	0,84
COFINS	62,84	6,16	3,87

21/10/2019 44,36

CPF/CNPJ 039.912.493-40

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Comparar suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

Límite kg (CO₂) | Compensação kg (CO₂) | Consciência Ecológica (NOC) 0

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 16/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 03/08

Nº do Cliente: 6421696 Referência: 08/2019 V: [1.0.0.4]
Data de Emissão: 04/08/2019 Total a Pagar (R\$): 44,36
Nº da Nota Fiscal: 000147174 300036003368



Ficha de Atendimento

Data: 01/07/2019
Hora: 17:25

Data de Saida:
Hora de Saida:

Paciente

Nome: 192374 HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

Responsável: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

Mãe: THIAGO DEZERRA PINHEIRO

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

Nasc: 16/11/1999 Idade: 19

Telefone: () Celular: ()

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 2008967545-7 Guia:

Autorização

Trabalho:

Validade da Carteira

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento 2

Queixas do Paciente

PACIENTE TRASIDO PELO SAMU COM HISTORIA 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

CID-10 V299

TRAUMA

Evolução/Anotação de Enfermagem

Antônio Reinaldo da Silva
Médico
CRM 11023

ANTONIO REINALDO DA SILVA
CRM 11023 / CE

Diretor Médico

IMEGI

UPA 24h
ELEVARE IL LIVELLO DEL TUO BUSINESS

Atendimento	581664
Prescrição	169173

169173
Prescription

Prontuário

192374

DUH-01/07/2019 17:31

APRAZAMENTO

Page: 1

1 - solution of stearic acid 0.5%, 500ml

Medicações

2 - DIPICINA 16/2ML IV

3 - DEXTRETHALONE 4MG/2, 5ML IV

4 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM

[illegible]

Cód. Aprazador

ANTONIO FERNALDO DA SILVA

11023 / CE

ATO DECLARATÓRIO

DATA ATEND:	01/07/2019	NOV ATEND:	564868
PACIENTE:	HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO	SEXO:	MASCULINO
DATA NASC:	16/11/1999	IDADE:	19
RG:	2808967545-7	CPE:	614.635.163-63
NOME:	MARIA DAS DORES DA SILVA	Bairro:	SANTA FE
ENDEREÇO:	RUA VICENTE TELES 37 CASA	CEP:	63132070
CIDADE:	CRATO	UF:	CE
TELEFONE 1:	88997534951	TELEFONE 2:	
PLANO DE SAÚDE:	BPA SUS	MATRÍCULA:	898002759621458
		TIPO DE ATEND:	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA: URGÊNCIA MAIOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Término da Classificação: <B046XXXX> 21:44
 Coren: 551078

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

QUEDA DE MOTO, COM FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIR.

RX - FRATURA DO RADIO D.

- TALA AXILO PALMAR EM MSD

INTERNAR PAR PRE-OP E POSTERIOR CIRURGIA ELETIVA

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDIÇÃO

Dr. Narcizo Flores
 Assinatura: *[Assinatura]*
 CRM: 7331
 Especialidade: Traumatologia

Ass. Paciente / Responsável

Edna
 31/07/19

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
PINHEIR

Responsável HIAGO ALBERTO DA SILVA

Endereço RUA VICENTE TELES 37 CASA
Cidade CRATO
Mãe MARIA DAS DORES DA SILVA
CPF 614.635.163-63
Natural CRATO
Profissão AUX. TECNI

Bairro SANTA FE Cep 63132070
Telefone 88997534951998002915
Pai THIAGO BEZERRA PINHEIRO
RG 2008967545-7 CE SSP-CE
Raça PARDO
Est. Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico ITALO BRITO ALENCAR ALVES
Clínica INTERN. CIRURGICA
or POSTO MASCULINO
Acomodação AM03
Leito AM3.05

Data/Hora 01/07/2019 22:02
Convênio SUS INTERNADOS
Caráter ELETIVA
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente VANESSA

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA -

Do e edma em
medo

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV RCR em 2T

AR MV

ABDOMEN DHA

NEUROLÓGICO Along. 15

ECG AO = V

Edma
31.07.19

RV = RM =

PUPLOS

CONDUTA -

DIAGNÓSTICO

maço aringio
Prót. rindo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150025628

TRASNF. P/ MEDICO

ASSINATURA Vonera

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

Adimintra

05 / 07 / 2019

Maria das Dores da Silva
Paciente/Responsável

Médico(a): 13476 Italo Brito Alencar Alves
CRM-CE 13476

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 RADIO
INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO ELETIVO
COND - INTERNAR PARA ANALGESIA E PRÉ-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 CLINICO POR DRº ITALO, FRATURA RADIO DISTAL DIREITO, EM USO DE TALA GESSADA, O MESMO CHEGOU CONSCIENTE ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, CALMO, COOPERATIVO, REFERE ALGIA NO MOMENTO, REALIZADO ACESSO VENOSO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, MCPM, COM 04 RX ANEXO AO PRONTUARIO, SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): ELIANE OLIVEIRA DA SILVA DE FREITAS
COREN:918499-CE

Eliane

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO
CONVÊNIO 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


Dra. Thaisa Fernandes de Almeida Lopes
MÉDICA
CREMEC: 16.106

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

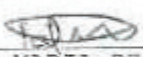
Atend.: 564869

Enfermeiro(a): FATIMA

Data/Hora: 02/07/2019 19:45

NOITE:

PACIENTE 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 PERIFERICO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. ATE 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
CONVÊNIO 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


Dr. Italo Brito Alencar
CRM: 13476-CE

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES
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): 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 AVF
PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, FOI MEDICADO, SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS
DA ENFERMAGEM.


Técnico(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 MOTOXCARRO)

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

#EXAME FÍSICO: ORIENTADO, EUPNEÍCO, 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


Dr. Italo Brito Alencar Alves
CRM: 13476-CE

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES
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

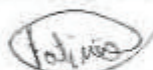
Atend.: 564869

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

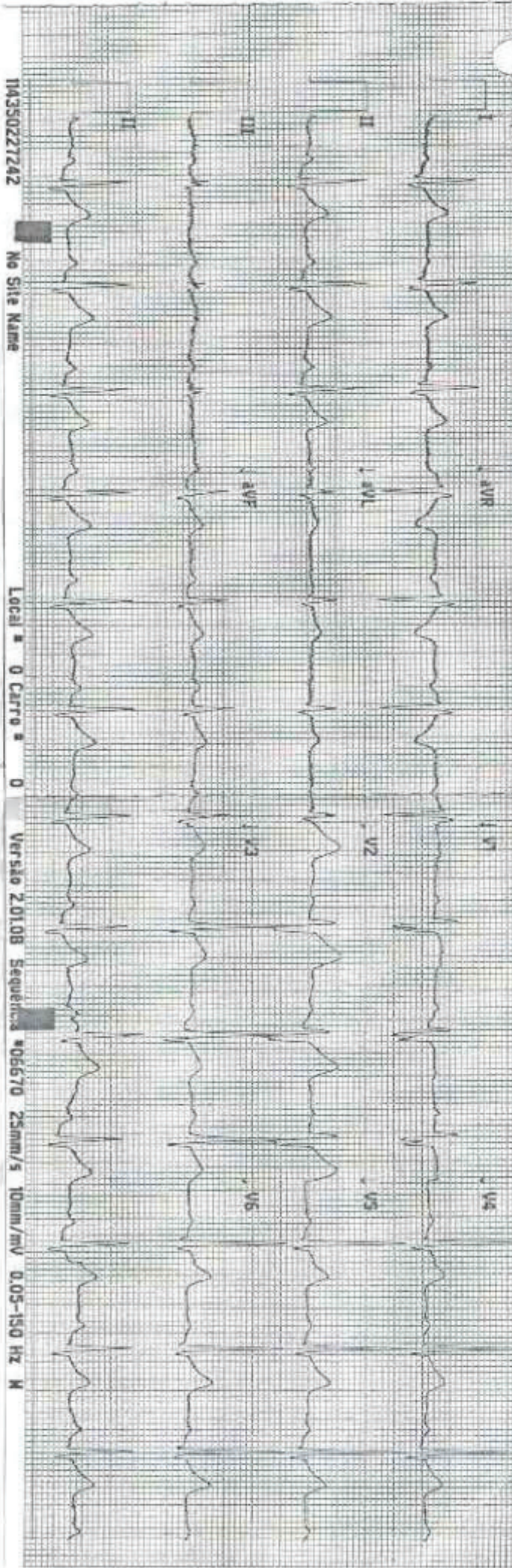
Anotações de Enfermagem


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

MASSO ALBERTO DA SILVA
ID: _____
Data NASC: 16-Nov-1959
Iguazu, Mato

2-JUL-2019 13:55:16 Freq Vent: 80 bpm
Eixo P-R-T: 57° 44° 42° Intervalo PR: 172ms
Dur QRS: 103ms QT/QTc: 365/460ms
RR Médio: 743ms QTcF: 402ms

2-JUL-2019 13:55:16



IMA350227242

No Site Name

Local = 0 Carro = 0

Versão 2.01.08 Sequência 906670 25mm/s 10mm/mV 0.05-150 Hz M

Nome: Masso Alberto da Silva
Identidade: _____ Prontuário: _____
Sexo: Masculino Idade: 59 anos
Diagnóstico: _____
Solicitação: _____
Data: 02/07/2019

RELATÓRIO

Conclusão:

Dist. cardíaco em grau 2

Dr. Milton Benigno Ribeiro Junior
CARDIOLOGISTA
CRM 494 - CRM 102.700.223-00

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

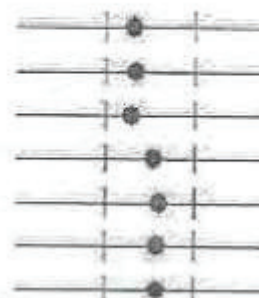
ERITROGRAMA

Hemácias..... 4,76 milhões/mm³
Hemoglobina..... 14,70 g/dL
Hematócrito..... 43,30 %
Volume corpuscular médio (VCM)..... 91 fL
Hemoglobina corp. média (HCM)..... 31 pg
Hc. 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: Automatiza



LEUCOGRAMA

Leucócitos..... 7.400 /mm³

7.000 ± 3.000 /mm³



Blastos..... 0 %
Promielócitos..... 0 %
Mielócitos..... 0 %
Metamielócitos..... 0 %
Bastonetes..... 0 %
Segmentados..... 53 %
Linfócitos..... 33 %
Eosinófilos..... 1 %
Monócitos..... 13 %
Basófilos..... 0 %

7.400 /mm³

7.400 /mm³

7.400 /mm³



Plaquetas..... 184.000 /mm³

150.000 a 400.000 /mm³



Observações..... Hemácias normocíticas e normocrômicas.
Plaquetas Morfológicamente Normais.

Liberado por: Vanessa Lima

Assinado Eletronicamente por Vanessa Lima CRBM 9800 008651010038150P0120190703103936441

Thaysa Soares

Thaysa Soares
Biomédica CRBM 3531

Vanessa Lima

Vanessa Lima
Biomédica CRBM 9800

Carolina Thalma

Carolina Thalma
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
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

Coagulograma

Material biológico: Plasma Citratado

Método: Fibrometria/ automatizado, Diversos

Valores de Referência

Tempo de Tromboplastina Parcial - TTPA... 26,9 seg
Tempo de Protombina - TP..... 15,0 seg
RNI..... 1,24
Percentagem..... 71 %

25s a 40

10 a 1

Liberado por: Caroline Thalita

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 6248 : 006651010038150PD120190703103936441

Thays Sanchez

Thays Sanchez
Biomédica CRBM 3531

Vanessa Lima

Vanessa Lima
Biomédica CRBM 9800

Caroline Thalita

Caroline 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
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

Glicose

Material biológico: Soro
Método: Enzimático / automatizado

Resultado..... 83 mg/dL

Valor de Referência
Adulto : 65 a 99 mg/dL

Liberado por: Caroline Thalita

Uréia

Material biológico: Soro
Método: Enzimático / automatizado

Resultado..... 39 mg/dL

Valor de Referência
10,0 a 40,0 mg/dL

Liberado por: Caroline Thalita

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 8248 008651010038150P0120190703103936441

Thays Sanches
Biomédica CRBM 3531

Vanessa Lima
Biomédica CRBM 3920

Caroline Thalita
Biomédica CRBM 8248

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**
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**

Creatinina

Material biológico: Soro

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

Método: Cinético/ automatizado

Valor de Referência

Homem: 0,70 a 1,30 mg/dL
Mulher: 0,60 a 1,20 mg/dL
Recém-nascido (premature): 0,30 a 1,08 mg/dL
Recém-nascido (a termo): 0,24 a 0,88 mg/dL
Criança de 2 a 11 meses: 0,17 a 0,43 mg/dL
Criança 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 0,76 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

Liberado por: Carolina Thalita

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**

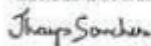
Valor de Referência

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

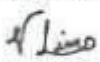
NOTA:

- 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 de massa muscular (amputados, paraplegicos, 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 Carolina Thalita CRBM 6248 00851010038150P0120190703103936441


Thays Sanches

Biomédica CRBM 3531


Vanessa Lima

Biomédica CRBM 9800


Carolina Thalita

Biomédica CRBM 6248

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
PINHEIR

Responsável HIAGO ALBERTO DA SILVA

Endereço RUA VICENTE TELES 37 CASA
Cidade CRATO
Mãe MARIA DAS DORES DA SILVA
CPF 614.635.163-63
Natural CRATO
Profissão AUX. TECNI

Bairro SANTA FE Cep. 63132070
Telefone 88997534951998002915
Pai THIAGO BEZERRA PINHEIRO
RG 2008967545-7 CE SSP-CE
Raça PARDO
Est. Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
Clínica INTERN. CIRURGICA
Posto POSTO MASCULINO
Acomodação AM03
Leito AM3.05

Data/Hora 05/07/2019 01:57
Convênio SUS INTERNADOS
Caráter ELETIVA
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente NASCIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA -
Paciente com fratura no
antebraço internado para trata-
mento cirúrgico

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AP

ABDOMEN

NEUROLÓGICO

ECG AO = RV = RM =

PUPLOS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA -

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO -

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 23250025679

TRANSF. P/ MÉDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

ASSINATURA Anderson 05/07/19

curada
06/07/19

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

Paciente/Responsável

Médico(a): 005943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

NOME DO PACIENTE

IDADE

DATA

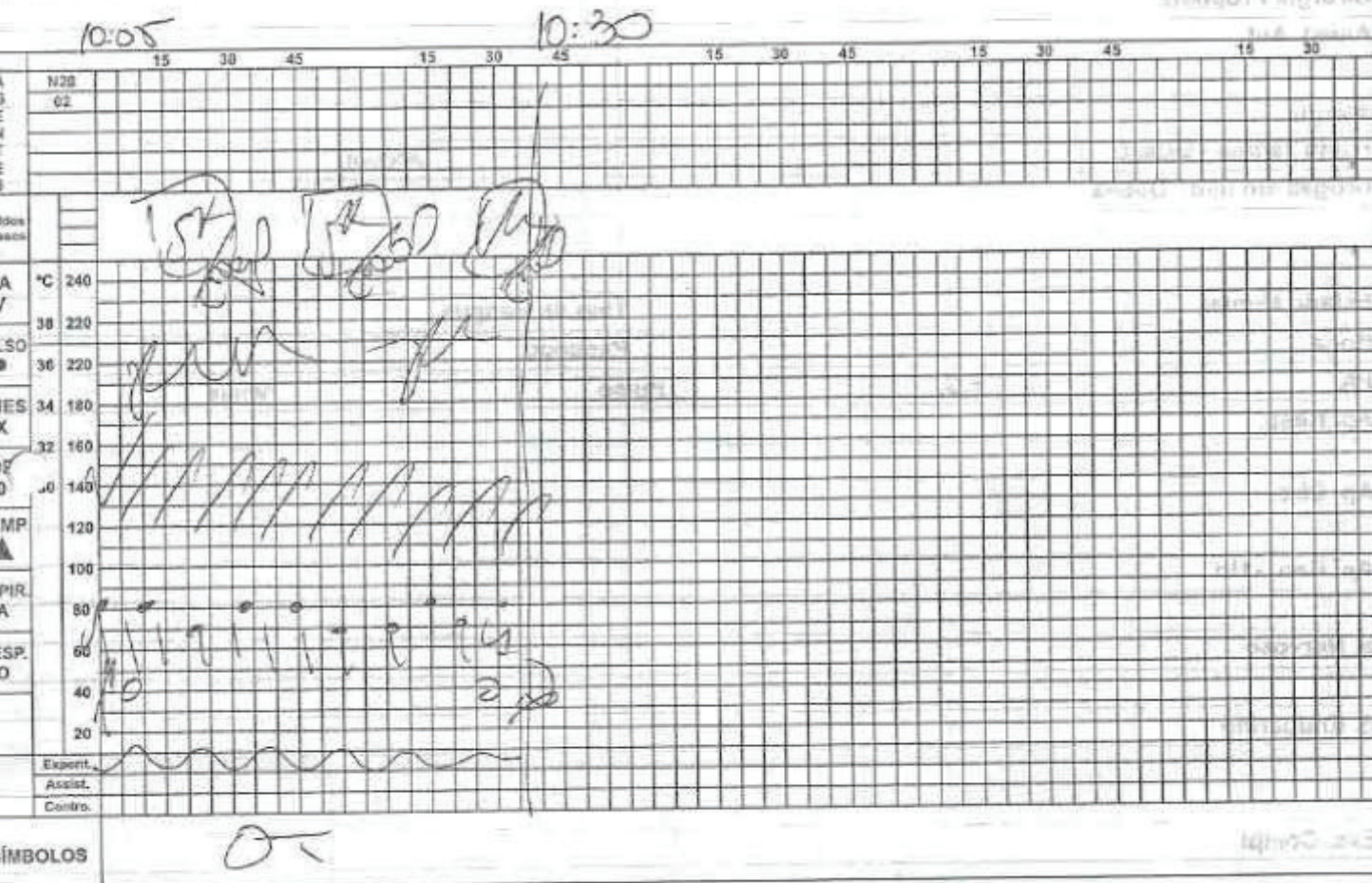
CLÍNICA

APTO./LEITO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Cloruro de V - 2m			Bloqueio de pleo bupivacaina interrupção + arbit
B. Dexametazona 2mg			
C. Naloxona 2mg			
D. Diploina 2mg			
E. Tumor 2mg - 1m			
F. ADON 9.			
G. Diploina 2mg			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
oro 9-10ml oro 9-10ml M - 0m			
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO	To cirurgião de feto de antebraço		Perigo-Espasmo-Excesso Secre. Depressão Respiratória-Hipoxia "BUCKING" - Vômito
ANESTESISTA	Maquela M.	CIRURGIÃO	Hemorragia-Arritmia Bradi-Taquicardia-Choque
			PERDA SANGÜÍNEA

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

Realizado este
anestésico feto,

- Abertura abdominal
a pontos de serra C, m, f, e b
- Incisão por tipo do feto

Realizado Refraco do feto no
um fixação com placa e parafusos
- Sutura por plasma amoníaco
até a pele
- Curativo

Data

Cirurgião

D^o Francisco Roberto Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-CP-5594

Ass. e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Data

Ass. e Carimbo do Anestesiologista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM




FICHA GASTO SALA
CENTRO CIRÚRGICO

DESCARTÁVEIS

Nome: HAIGO ALBERTIN DA SILVA PINHEIRO				Lote:		Data: 29/04/14		Responsável:	
Ent:									
DESCRIÇÃO	TAM	QUANT.	DESCRIÇÃO	TAM	QUANT.	DESCRIÇÃO	TAM	QUANT.	Responsável:
ABOCATH	20	02	LUIVA ESTERIL	8.0/2.5.	02/02	GAZE ESTERIL 7,5X7,5		02	
AGULHA DESCART.	140x1/2x0.8.	04/03	LUIVA PROCEDIMENTO	m	06	LAMINA BISTURI	24	02	
ATADURA CREPOM			MONITOR CARDIACO		OK	SONDA FOLEY			
ATADURA GESSADA			OXIMETRO DE PULSO		OK	SONDA URETRAL			
ALGODÃO ORTOPEDICO			ASPIRADOR			SONDA NASOG.			
ALCIL IODADO	30x1/2		BISTURI ELETRICO			SERINGA DESCART. 3 ML		02	
CATER INTRACATH			POVIDINE DEGERMANTE		30x1/2	SERINGA DESCART. 5 ML		02	
CATER DE OXIGÊNIO	02		POVIDINE TÓPICO			SERINGA DESCART. 10 ML		03	
COLETOR DE URINA			PROTOX DE NITROGÊNIO			SERINGA DESCART. 20 ML		03	
DRENO PENROSE			OXIGÊNIO 02		25 ML	POLIFIX 2 VIAS		02	
DRENO TORAX			Co2			PRO-PES		02	
DRENO DE SUÇÃO			FIO MONONYLON	3-0	02	TOUCA		03	
DRENO "T"			FIO ALGODÃO			MASCARA DESCART.		03	
EQUIPO HEMOTRANS			FIO CATGUT SOMPLES			ESCOVA DESCART.		03	
ELETRODOS P/E.C.G	05		FIO ETHIBOND			TUBO ENDOTRAQUEAL			
EQUIPO COMUM	01		FIO CAT. CROMADO	0-0	02	CAPA P/ VIDEO LAPAROSCOPIO			
EQUIPO P/BOMBAS DE INF.			FIO VICRYL			ALCOOL 1000 ML		02	
ESPARADRAPO MICROP.			FIO SEDA			AGULHA STIMUPLEX "A" 50			
ESPARADRAPO 10X4,5 CM	20x1/2		FIO PROLENE			AGULHA ESPINAL			
FIO STEIMNAM			FIO CAPROFYL						
FIO KIRSCHNER			FIO ACIFLEX						
FIO DE AÇO P/ CERCLAGEM									

M E D I C A M E N T O S

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE		QUANTIDADE		QUANTIDADE	RESPONSÁVEL
ADRENALINA 1 MG AMP.		FUROSEMIDA 10 MG AMP.		XILESTESIN 5% PESADA AMP.		
AGUA BI DESTILADA AMP.	05.	NARCAN 0,4MG AMP.		FLUMAZENIL 0,1 MG/5 ML AMP.		
SULF. ATROPINA AMP.		PROSTIGMINE 0,5MG AMP.		ETHOMIDATO AMP.		
BICARB. SÓDIO AMP.		QUELIGIN 100 MG AMP.		CLOMIDINA AMP.		
CONC. DE HEMACIA		RAIO-X		BROMOPRIDA 10 MG AMP.		
CEFALOTINA 1 G AMP.		SOL. RINGER C/ LACTADO	500	ARAMIN 10 MG AMP.		
DORMIRE 5 MG AMP.		HIDROCORTISONA AMP		DOPAMINA 5 MG AMP.		
DIAZEPAN 10 MG AMP.		SORO FISIOLÓGICO	1000	NOREPINEFRINA AMP.		
DOLANTINA 50 MG AMP.		SORO GLICOSADO 500 ML		TRIDIL 5MG AMP.		
DECADRON 4 MG AMP.	01	TENOXICAN 20 MG AMP.	01	NEOCAINA ISOBÁRICA		
METOCLOPRAMIDA AMP.		DIPRONA 500 MG AMP.	02	KETALAR AMP.		
EFORTIL 10 MG AMP.		XYLESTESIN 2 % C/ VASO AMP.	02	ISOFLURANO ML		
FENTAILA 50 MG AMP.		XYLESTESIN 2 % S/ VASO AMP.		HEMACEL 500 ML		
NAUSEDRON 4 MG AMP.	01	XILESTESIN GEL EIA 20 MG/G		ATRACURIO 10 MG/2,5ML AMP.		
GLIC. CALCIO 10% ML		NEOCAINA 0,5% PESADA AMP.		HALOTANO ML		
GLIC. CALCIO 50% ML		DIMORF 0,2 MG 1 ML AMP.		PROPOFOL 0,1% AMP.		
HEPARINA FR.		NOVABUP				
DETA 200mg	02,5					

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	T	P	R.	PA	HGT	ORAL	SNG	DIURESE	DRENO: SONDA
05/	Paciente foi admitido no		84	93%	60.7					
07/	Setor de TTE. Com DR:				69					
19	Petronô e a anestesia de									
	MANUEL AS 09:50HS E NA SAA									
	01 AS 09:55HS, O REFERIDO CI-		74	95%	60.7					
	ENTE ENCONTRA-SE COM RA-				65					
	DAIRA DE ANTERIORÇÃO MSD E									
	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO Q									
	UETO, O PROCEDIMENTO DE									
	RE INICIA AS 10:05HS Q/O									
	MESMO CM monitorização com				68					
	OXÍMETRO DE PULSO E O2, FO									
	REALIZADO A REVERÊNCIA DOS									
	SVV DURANTE TODA A REO-									
	CEPIMENTO QUE TEVE O									
	TERMINO AS 10:30HS E LOGO				69					
	APÓS A CONCEÇÃO DE VA-									
	RIAS CURATIVO O MESMO FOI									
	ENCAMINHADO AO SETOR DE									
	ORIENTM.									
										
	226958									
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
CONVÊNIO SUS INTERNADOS

LEITO AM3.05

ATENDIMENTO 565510

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

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

Francisco Petronio Sampaio
Sampaio, Ortopedista
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 RADIO DISTAL "D" PARA TRATAMENTO CIRURGICO, EXAMES ANEXOS, EM USO DE TALA GESSADA, ORIENTADO, CALMO, ESTADO GERAL ESTAVEL E SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Técnico(a): *Fatima* 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

MANHA

PACIENTE EM TRATAMENTO COM DR. PETRONIO .FOI ENCAMINHADO AO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO.FRATURA EM RADIO DISTAL DIREITO .RETORNANDO PARA ALA CIRURGICA. SOB EFEITO ANESTESICO.SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Josilene
Tecnico(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:

PACIENTE ADULTO COM 19 ANOS DE IDADE, ADMITIDO NESTE SETOR PARA PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM DR.PETRONIO, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, RESPIRANDO AR AMBIENTE, VERBALIZANDO AS SUAS NECESSIDADES, SEM QUEIXAS NO PERÍODO, EM DIETA ZERO, SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS COM O MESMO, NEGA SER ALÉRGICO À QUALQUER MEDICAÇÃO, NEGA HIPERTENSÃO E DIABETES.SEGUE EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Solange
Solange Matias da Silva
1ª de Enfermagem
COREN:1125455

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

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA) HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição:14023

I. "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**
Convênio: **SUS INTERNADOS**
Data Pr Enc:07/07/2019 12H
Atendimento:563510(E)
De Nasc: 16/11/1999 19A 7M 20D
Prescrição: 140235
Teitu: **AC09.6**

Dieta
Item Código Descrição
001 00000603 DIETA LIVRE
ALTA -

Via Frequência Qtde Total
24/24 1

Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgia do Antebraço e Cotovelo
CRM-CE 19767 TE07 15440

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.

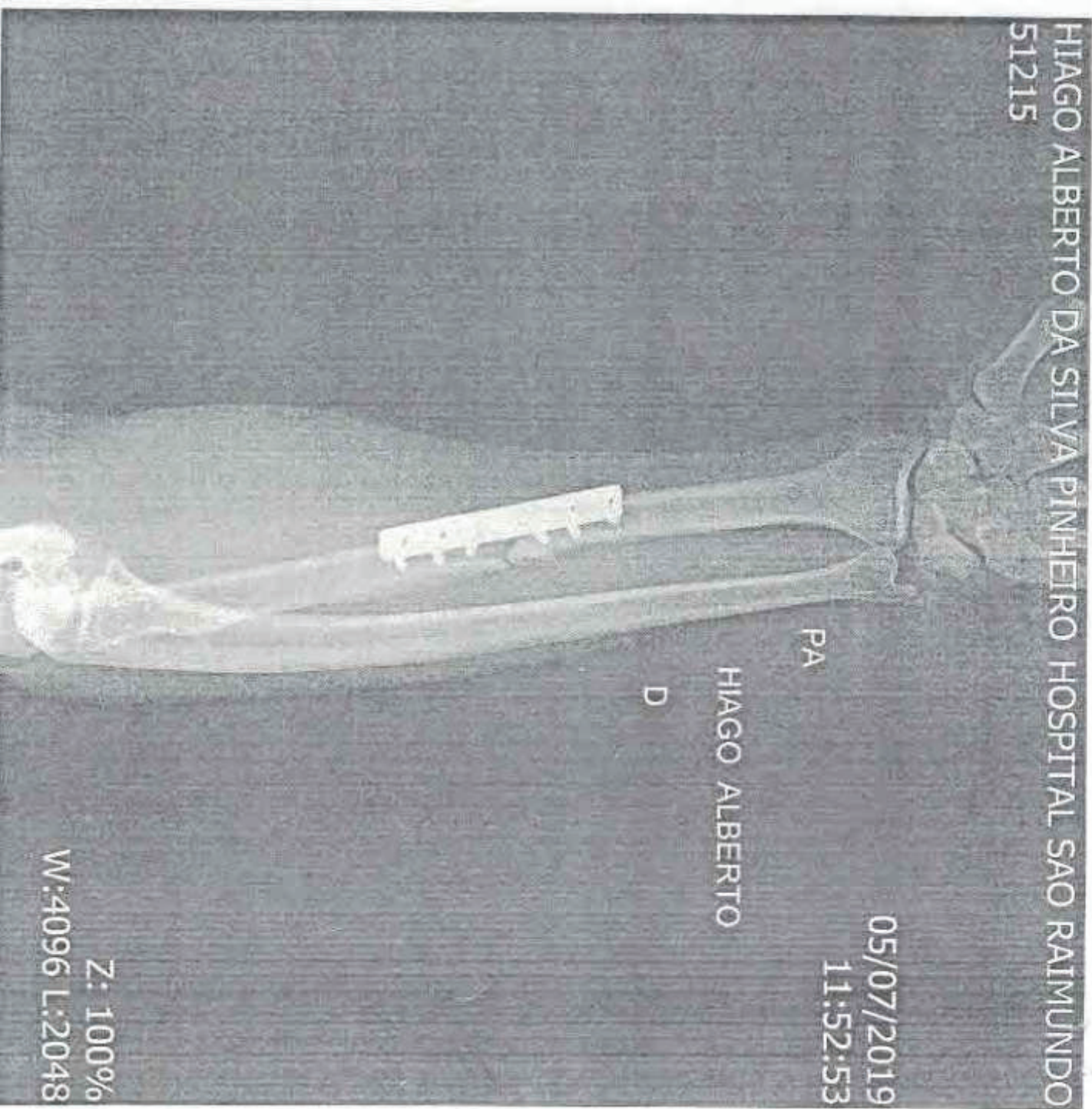
*RETIRADO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.

Técnico(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



PA

HIAGO ALBERTO

D

05/07/2019
11:52:53

Z: 100%
W:4096 L:2048

HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO HOSPITAL SAO RAIMUNDO
51215

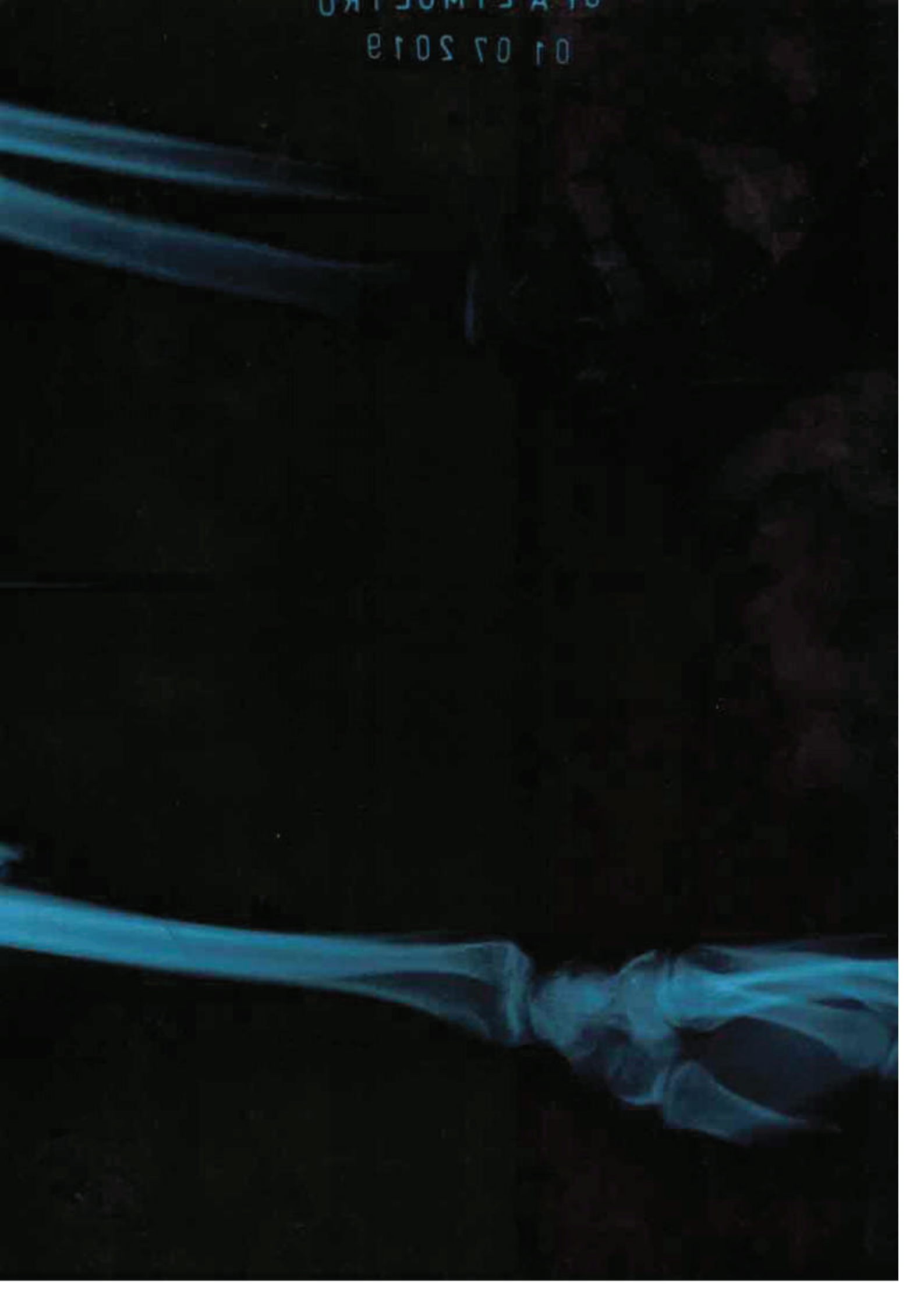
HIAGO ALBERTO

D

05/07/2019
11:54:22

LATERAL

Z: 100%
W: 4096 L: 2048





01 07 2019

09VCLIM061K00

01 03 50 18



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

AGÊNCIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

CPF

20089875457

SSP/CE

CPF

614.635.163-63

DATA NASCIMENTO

26/11/1999

TIPO DE TÍTULO

THIAGO OLIVEIRA

PINHEIRO

MARIA DAS DORES DA

SILVA

PERÍODO

PRÉVIA

ACC

CELOS

AR

PROTEÇÃO

07/02/2019

VALIDADE

28/08/2019

PRÉVIA

28/08/2019

SEÇÃO

SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL

CRAZO, CE

DATA DE EMISSÃO

03/09/2018

78273423651

CE160568085

CEARÁ

VALOR EM TODO

O TÍTULO NACIONAL

1655923950

PROTEÇÃO PLASTIFICAR

1655923950

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE
Nº 013547585430
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 01/11/2017
CÓDIGO RENAVAM 00000000000
EXERCÍCIO 2017

MARIA DA FLORENTINA SILVA
CRATO/CE

65165896315

NOX6116

65165896315

9C2JC30708R740284

65165896315

GASOLINA

PAS/MOTOCICLO/NAO AFLEC.

2008

2008

HONDA/CG 125 FAN

2E/0CV/124CC

PARTIC

PRETA

180.65

0.70

185.50

07/07/2017

180.65

0.70

185.50

07/07/2017

180.65

0.70

185.50

07/07/2017

180.65

0.70

185.50

07/07/2017

180.65

0.70

185.50

07/07/2017

CRATO

01/11/2017

01/11/2017

CE Nº 013547585430 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
65165896315 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO DO BILHETE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraildor.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 01/11/2017

65165896315

NOX6116

252407695

HONDA/CG 125 FAN

2008

9C2JC30708R740284

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.29

9.03

90.33

4.15

0.70

185.50

81.29

9.03

90.33

4.15

0.70

185.50

81.29

9.03

90.33

4.15

0.70

185.50

81.29

9.03

90.33

4.15

0.70

185.50

81.29

9.03

90.33

4.15

0.70

185.50

JUN-2017

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO EM TÓRAX
FRATURA DA DIÁFISE DO RADIO 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