

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0817222-40, Baixar o arq, (32) Whats, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=543357&ca=7e78c634c8d40d962d7f39fb752273...](https://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=543357&ca=7e78c634c8d40d962d7f39fb752273...)

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: PJe ProceComCiv 0817222-40.2020.8.18.0140 JOSE BATISTA DA SILVA FILHO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

Page title: 12710688 - CONTESTAÇÃO (2759563 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 26/10/2020 10:24:06

Left sidebar: 26 Oct 2020  
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO  
12710682 - CONTESTAÇÃO  
12710688 - CONTESTAÇÃO (2759563 CONTESTACAO 01)  
12710893 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)  
12710894 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)  
12710895 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS )  
12710897 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 9  
2759563- C3/ 2020-03911/ INVALIDEZ  
JOÃO BARBOSA  
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: Windows icons, PT, 10:24, 26/10/2020



26/10/2020

Número: **0817222-40.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|
| JOSE BATISTA DA SILVA FILHO (AUTOR)                        |                    | JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                               |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                               |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo                    |
| 12710893                                                   | 26/10/2020 10:24   | <a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>       | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190605824 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da perna E

**Descrição do exame físico:** Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia da perna. Bloqueio dos movimentos do tornozelo esquerdo. Mobilidade do Joelho: 0 - 90°.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos, evoluindo com infecção e feito novo tratamento através de fixação externa. Está de alta do tratamento.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do membro inferior E devido a repercussão funcional do membro (limitação da flexão do joelho, bloqueio do tornozelo, hipotrofia muscular).  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190605824 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da perna E

**Descrição do exame físico:** Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia da perna. Bloqueio dos movimentos do tornozelo esquerdo. Mobilidade do Joelho: 0 - 90°.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos, evoluindo com infecção e feito novo tratamento através de fixação externa. Está de alta do tratamento.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do membro inferior E devido a repercussão funcional do membro (limitação da flexão do joelho, bloqueio do tornozelo, hipotrofia muscular).  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1919872460

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR

1919872460

Nome: **KATLY MOIRA DE OLIVEIRA**

DOC. IDENTIFICATÓRIO: **2212129 SSP PI**

CPF: **839.502.303-00** DATA NASCIMENTO: **18/12/1979**

FUNÇÃO: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**  
**EVA MOIRA DA SILVA**

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** FIM DA VALIDADE: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

*Katly Moira de Oliveira*

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

SERIAL: **55070806293**  
**82/10771158**

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190605824**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BATISTA DA SILVA FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA JOAO JOSA , 3559 - URBANO - Teresina - PI - CEP 64000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **Ssp** / **CE** ] **2005010011856**

Data e local do acidente: [ **15/04/2018** ] **BR 316 Teresina Pi**

Data e local do exame: [ **06/11/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***Fx da perna E***

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

***Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia perna. Bloqueio dos movimentos do tornozelo. Joelho: 0 - 90°.***

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos, evoluindo com infecção e feito novo tratamento através de fixação externa.***

**V.** Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***Limitação funcional membro inferior esquerdo***

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

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

***Está de alta do tratamento***



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu

Keylly Moura de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.802.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Batista da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.097-34

do sinistro de DPVAT cobertura Famulidez da Vítima Jose Batista da Silva Filho

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.097-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

|                                    |                         |                                |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Endereço: <u>Rua 24 de Janeiro</u> | Número: <u>554</u>      | Complemento: _____             |
| Bairro: <u>Centro</u>              | Cidade: <u>Tucuruva</u> | Estado: <u>PA</u>              |
| E-mail: _____                      | CEP: <u>64.000-902</u>  | Tel.(DDD): <u>(86)99472459</u> |

Local e Data: Tucuruva - Pará 25.10.2015

Keylly Moura de Oliveira

Assinatura do Declarante

FL001 V001/2017









COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS  
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO  
01/10/2019

CONSUMO (kWh)  
162

TOTAL A PAGAR (R\$)  
164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 00059007125320  
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

|                             |        |                           |            |
|-----------------------------|--------|---------------------------|------------|
| LEP: 04.000-902 - FERESINA  |        | R01: 17.001.31.11.020100  |            |
| DADOS DA LEITURA            |        | DATAS DA LEITURA          |            |
| Atual:                      | 13692  | Atual:                    | 24/09/2019 |
| Anterior:                   | 13530  | Anterior:                 | 26/08/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  | Próxima Leitura:          | 24/10/2019 |
| Consumo Medido:             | 162    | Emissão:                  | 23/09/2019 |
| Consumo Faturado:           | 162    | Apresentação:             | 24/09/2019 |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL | Código de Irregularidade: |            |
|                             |        | Dias de Consumo:          | 29         |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                                |                      |             |                |
|------------------------------|---------|--------------------------------|----------------------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor                 | Posto                | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | A1484335                       |                      | 1.1.1.1     | 152            |
| HISTÓRICO kWh                |         |                                |                      |             |                |
| Mês/ano consumo              |         |                                |                      |             |                |
| AGO/19                       | 158     | CONSUMO                        | 162 A R\$ 0,912203 = |             | 147,77         |
| JUL/19                       | 151     | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) |                      |             | 12,74          |
| JUN/19                       | 154     | CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 |                      |             | 0,01           |
| MAI/19                       | 140     | CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 |                      |             | 0,16           |
| ABR/19                       | 143     | MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 |                      |             | 0,24           |
| MAR/19                       | 153     | JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00  |                      |             | 0,03           |
| FEV/19                       | 204     | MULTA POR ATRASO 08/19-00      |                      |             | 2,89           |
| JAN/19                       | 133     | JUROS POR ATRASO 08/19-00      |                      |             | 0,43           |
| DEZ/18                       | 136     | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 6,47                 |             |                |
| NOV/18                       | 160     |                                |                      |             |                |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 162 - 0,655310

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

| RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E |                   |            |                         |                         |            |
|------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|-------------------------|------------|
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$                                  |                   |            | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |                         |            |
| Distribuição:                                              | 31,07             |            | Base de Cálculo:        | 147,77                  | 115,26     |
| Energia:                                                   | 60,00             |            | Alíquota ICMS:          | 22,00%                  |            |
| Transmissão:                                               | 10,14             |            | Valor do ICMS:          |                         | 32,50      |
| Encargos:                                                  | 4,96              |            | Valor do PIS:           | 1,40%                   | 1,62       |
| Tributos:                                                  | 41,60             |            | Valor do COFINS:        | 6,49%                   | 7,48       |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE                                |                   |            |                         |                         |            |
| DIC                                                        |                   | PIC        |                         | DMIC                    | DICRI      |
|                                                            | Mensal            | Trimestral | Anual                   | Mensal                  | Trimestral |
| Limite                                                     | 5,31              | 10,63      | 21,25                   | 3,11                    | 6,23       |
| Realizado                                                  | 0,00              |            |                         | 0,00                    |            |
| Composto                                                   | TERESINA-MACALIBA |            |                         | Período de<br>apuração: | 07/2019    |
|                                                            |                   |            |                         | EURO:                   | 53,46      |

ROT: 17.001.31.11.020100

| SEU CÓDIGO                   |  | TOTAL A PAGAR - R\$ |  |
|------------------------------|--|---------------------|--|
| 0051867-0                    |  | 164,27              |  |
| MÊS FATURADO                 |  | VENCIMENTO          |  |
| 09/2019                      |  | 01/10/2019          |  |
| Nº da Nota Fiscal: 027701995 |  | FCAM                |  |

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010  
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:24:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610240461800000012024025

Número do documento: 20102610240461800000012024025



# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vairazão)? ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura





**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**  
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 19301383-5

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 19835044

**ANA LUCIA DA COSTA FILHA**

R. JOAO JOSA, 3559 ,  
B-URBANO

64000000 TERESINA

PI

|                         |                          |                                               |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>8898960 | MÊS<br>04/2019           | PERÍODO DE CONSUMO<br>01/03/2019 a 02/04/2019 |
| CONSUMO (kWh)<br>70     | VENCIMENTO<br>08/04/2019 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 65,97                    |

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**  
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 19301383-5

|                         |                |                            |
|-------------------------|----------------|----------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>8898960 | MÊS<br>04/2019 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 65,97 |
|-------------------------|----------------|----------------------------|

836500000002.659700170007.000000008896.896004190055







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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002522/2018-41**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: João Ribeiro Da Silva Neto

Data/Hora: 20/07/2018 - 13:12

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

15/04/2018 - 06:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2005010011856 SSP CE

Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSE BATISTA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO JORGE, Nº 3559

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9924-2606

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

INFORMA O DECLARANTE QUE NA DATA DE 15/04/18 POR VOLTA DAS 06:30 HORAS FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO VOLKSWAGEN, COR PRETA, PLACAS NÃO IDENTIFICADAS, O QUAL EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. SEGUNDO O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HUT ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.  
ESCRIVÃO DE POI

JOSE BATISTA DA SILVA FILHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parafina  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.333-7





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190605824**

**Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 15/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO**

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\$ 4.725,00 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

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

**Recebedor: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000002004**

**Conta: 0000093788-5**

**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](http://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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0004 013 CONTA: 93788 5 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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vairazão)? ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

Assinatura







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT:** 3190605824 **Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

**Data do Acidente:** 15/04/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

**Assunto:** INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

**Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00301/00302 - carta\_02 - INVALIDEZ

00090151



Carta nº 15036909







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605824

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

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,

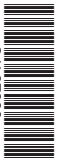
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15028211

Pag. 00955/00956 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020478



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 2005010011856

CPF: 570.900.097-34

Profissão: MOTORISTA

Endereço: R. JOÃO JOSE 3559

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: 86 99472-9591 / 9807-7870

OUTORGADO: data do Acontecimento: 15.04.2018

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI

CEP: 64.000-090

Telefone: ( 86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

TERESINA 20 JUNHO 2018

Jose B da Silva Local e Data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144297/19

**Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

**CPF:** 570.900.097-34

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 15/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

#### JOSE BATISTA DA SILVA FILHO : 570.900.097-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190298250 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P.05).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190298250 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P.05).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |





NOME DO PACIENTE: Jose Batista da Silva Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 473751



**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

em Geral e  
oropedica - C

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                           |                      |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO                                         |                      | Prontuário: 473751                  |
| Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEICAO                                         | Pai: NAO INFORMADO   |                                     |
| End. Resid.: RUA JOAO JOSA - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                      |                                     |
| Nascimento: 24/03/1954                                                    | Idade: 64a:1m:22d    | Sexo: Masculino Fone: 86-99838-5105 |
| Responsável: MARIA DA LUZ                                                 | CNS: 702903556270970 |                                     |
| Profissão: NAO INFORMADO                                                  | Documento: CPF:      |                                     |
| G. Instrução: Não informado                                               | E. Civil: Viuvo(a)   |                                     |
| End. Local: - - -                                                         |                      |                                     |

Imp: 15/04/2018 19:28:44

(User: JAIRO FEITOSA)  
(Estação: ACCR01)

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                |                           |                              |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Código: 660261                                                 | Data: 15/04/2018 19:21:47 | Condução: AMBULANCIA DO SAMU |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) |                           | Convênio: S U S              |
| Acid. Trab.: Não                                               | Acid. Trajeto: Não        | Acid. Trab. Típico: Não      |
|                                                                |                           | CID Secundario: V099         |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                      |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR                                                                                                                                                                  | Evento Principal: Dor intensa | Destino: CIRURGIÃO GERAL                                                                             | Classificação: Laranja |
| Breve História: Vítima de atropelamento há 01h. Trazido pelo SAMU Básico com fratura no MIE, imobilizado. Glasgow 15. Eupnéico. Em uso de colar cervical e prancha. Nega HAS, DM e alergias. |                               | Profissional Clas. Risco: JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA<br>COREN: 207993 PI<br>Em: 15/04/2018 19:28:40 |                        |

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

Paciente vítima de atropelamento, consciente, orientado, ferimentos - CT, ACP, fraturas, ci, uma de fratura exposta e perfura

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DEPAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
29 ABR 2019

PA \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_ FC: \_\_\_\_

Diagnóstico Inicial: GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cordeiro Resende, 400 Lda P-  
Centro - Fone CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

CID: \_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- RX região  
- RX joelho e  
- RX humero 500mg + AD, 5  
- Talco 20mg + AM, 2

RAIO-X REALIZADO

DATA 15/04/2018

Técnico: Brucos

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

|                      |                 |                                             |
|----------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| DATA: ____/____/____ | HORA: ____:____ | Se internação, indique o Procedimento e CID |
|                      |                 | Procedimento CID                            |

*Amorim da Luz Rocha*  
Paciente ou Responsável

*[Assinatura]*  
Assinatura - Profissional Médico





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 15/04/2018 19:29:27  
(JAIR FEITOSA)

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                           |                       |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO                                         |                       | Prontuário: 473751                  |
| Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEICAO                                         | Pai: NAO INFORMADO    |                                     |
| End. Resid.: RUA JOAO JOSA - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                       |                                     |
| Nascimento: 24/03/1954                                                    | Idade: 64a:1m:22d     | Sexo: Masculino Fone: 86-99838-5105 |
| Responsável: MARIA DA LUZ                                                 | CNS: 702903556270970  |                                     |
| Profissão: NAO INFORMADO                                                  | Documento: CPF: . . . |                                     |
| G. Instrução: Não informado                                               | E. Civil: Viuvo(a)    |                                     |
| End. Local: . . .                                                         |                       |                                     |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                |                           |                    |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Código: 660261                                                 | Data: 15/04/2018 19:21:47 | Clas. Cor: Laranja |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) |                           | Convênio: S U S    |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|                                                                                                                                                                                     |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Data/Hora Solicitação: 15/04/2018 20:10                                                                                                                                             | ESPECIALISTA: CLAUDIO GERM |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com luto de se deslocamento, acidente, consequente, empurrado, al dano no dorso, 2x torção, pelvis e cervical sem alteração. Fratura exposta em MIE |                            |
| Ed: Altc 'de Amgic final A ortopedia                                                                                                                                                |                            |
| Dr. José Lucas de Sousa Coimbra<br>MÉDICO<br>Carimbo/Assinatura Solicitante                                                                                                         |                            |

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_/ \_/ \_:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
29 ABR 2019

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|                                                                                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Data/Hora Solicitação: 15/04/18                                                         | ESPECIALISTA: ORTOPEDIA |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com quadro de deslocamento e fratura exposta de tibia e |                         |
| ALT                                                                                     |                         |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer                                                        |                         |
| Carimbo/Assinatura Solicitante                                                          |                         |
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/ _/ _:                                                   |                         |





|                                                                    |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | Nº LAUDO: 67679    |
|                                                                    | AIH: 2218100233107 |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | <b>CNES</b><br>5825856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | <b>CNES</b><br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                              |                                                        |                                                    |                                    |                             |
|------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b>            | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>JOSE BATISTA DA SILVA FILHO | <b>NASCIMENTO</b><br>24/03-1954                    | <b>SEXO</b><br>M                   | <b>PRONTUÁRIO</b><br>473751 |
| <b>DOCUMENTO CPF</b>         | <b>TELEFONE</b>                                        | <b>NOME DA MÃE</b><br>CELESTINA MARIA DA CONCEICAO | <b>RESPONSÁVEL</b><br>MARIA DA LIZ |                             |
| <b>CEP</b><br>6400010        | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>                           |                                                    |                                    | <b>NUMERO / LOTE</b><br>S/N |
| <b>BAIRRO</b><br>SANTA CLARA | <b>COMPLEMENTO</b>                                     | <b>MUNICÍPIO</b><br>TERESINA                       | <b>UF</b><br>PI                    |                             |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
ACIDENTE DE TRANSITO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
AO CC

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                     |                          |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA | <b>CID 10 SECUNDARIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

|                                                  |                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA   | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b><br>CELSON ANTONIO MENEZES COUTINHO<br>CPF: 00005397300 |
| <b>CARÁTER</b><br>URGÊNCIA                       | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>15/04/2018                                                                                      |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>15/04/2018 19:21         | <b>DATA ALTA</b><br>18/04/2018 10:04                                                                                       |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>PERMANENCIA POR REOPERACAO |                                                                                                                            |

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LESÃO</b> |
|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |

### AUTORIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

|                                                                                                                          |                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b><br>CELSON PIERES FERREIRA FILHO<br>CPF: 7635633791 | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br>CRM: DATA ANÁLISE: 27/04/2018 (12:53:37) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

## CENTRO CIRÚRGICO

|                                |  |             |                       |           |  |
|--------------------------------|--|-------------|-----------------------|-----------|--|
| Nome do Paciente               |  |             | Jose Batista de Jesus |           |  |
| Diagnóstico pré-operatório     |  |             | Fratura exp. de tíbia |           |  |
| Operação - Tipo                |  |             | fto curativo          |           |  |
| Cirurgião                      |  |             | Celso                 |           |  |
| 2º Assistente                  |  |             | 1º Assistente: Gordon |           |  |
|                                |  |             | 3º Assistente:        |           |  |
| Instrumentador                 |  | Anestesista |                       | Anestesia |  |
| Anestésico(a)                  |  |             |                       |           |  |
| Data da Operação               |  | Início      |                       | Fim       |  |
| Diagnóstico pré-operatório     |  |             | SIC                   |           |  |
| atário Imediato do Patologista |  |             |                       |           |  |

Gilberto Gonçalves  
CRM 1415-P1  
CRM 6203-MA

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) DAC em decubito distal do antebraço  
2) Após lxl e apr de cur  
3) DMC + FE e controle de danos  
temperatura 1  
4) Jutar e Continuo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
COMPROVADO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 6  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Gilberto Gonçalves  
CRM 1415-P1  
CRM 6203-MA





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 15 / 04 / 18

|                   |                             |                |             |
|-------------------|-----------------------------|----------------|-------------|
| NOME DO PACIENTE: | José Batista de Silva Filho | PRONTUÁRIO Nº: | 473751      |
| DIAGNÓSTICO:      | Fratura exposta de tibia    | CIRURGIA:      | 1º curativo |
| ANESTESIA:        | Rouge                       | Nº DA SALA:    | 06          |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Celso                   | CPF Nº:        |             |
| AUXILIAR:         | Residente André / 6º ano    | CPF Nº:        |             |
| ANESTESIA:        | Dr.º Sacano                 | CPF Nº:        |             |
| INSTRUMENTADORA:  | Flávia                      | CPF Nº:        |             |

Antônio Carlos Borges  
 Ortopedista  
 CRM 34.857-4  
 RRA 6.201

### MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO          | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8            | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI nº 24 | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7.5. 8,0        | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12           | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7,0             | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE           | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR    | 06     |       |
| ALCOOL 70%             | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE        | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                | BOLA  | 02     |       | PVPI TÓPICO             | ML     | 200    |       |
| ÁGUA OXIGENADA         | ML    |        |       | PVPI TINTURA            | ML     |        |       |
| COMPRESSA              | PAC.  | 04     |       | SERINGA 20CC            | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC            | UNID.  |        |       |
| ESPARADRAPO            | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC             | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº             | UNID. |        |       | SERINGA 3CC             | UNID.  |        |       |
| FORMOL                 | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO        | FRASCO | 06     |       |
| GASES                  | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL           | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº 20            | UNID. | 01     |       | Atadura crepom          | UNID.  | 02     |       |
| FIOS                   | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA             |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG |       |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG |       |        |       |                         |        |        |       |

[illegible]



## FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

*João Boleto do S/O*

|                  |               |              |                |               |          |             |      |
|------------------|---------------|--------------|----------------|---------------|----------|-------------|------|
| DATA: 15/04/2018 | PA: 120x70    | PULSO: 86    | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA   | PESO     | ALTURA      | OBS. |
| EXAME DE SANGUE  | GR. SANGÜÍNEO | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMAT. CRÍTOS | GLICEMIA | DOS. URÉRIA |      |

## EXAMES DE URINA

## FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

## SISTEMA CIRCULATÓRIO

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

## SISTEMA DIGESTIVO

## ESTADO MENTAL

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO

## PRÉ-MEDICAÇÃO

## ELETROCARDIOGRAMA

## ASMA

## BRONQUITE

## SISTEMA URINÁRIO

## CORTICOIDES

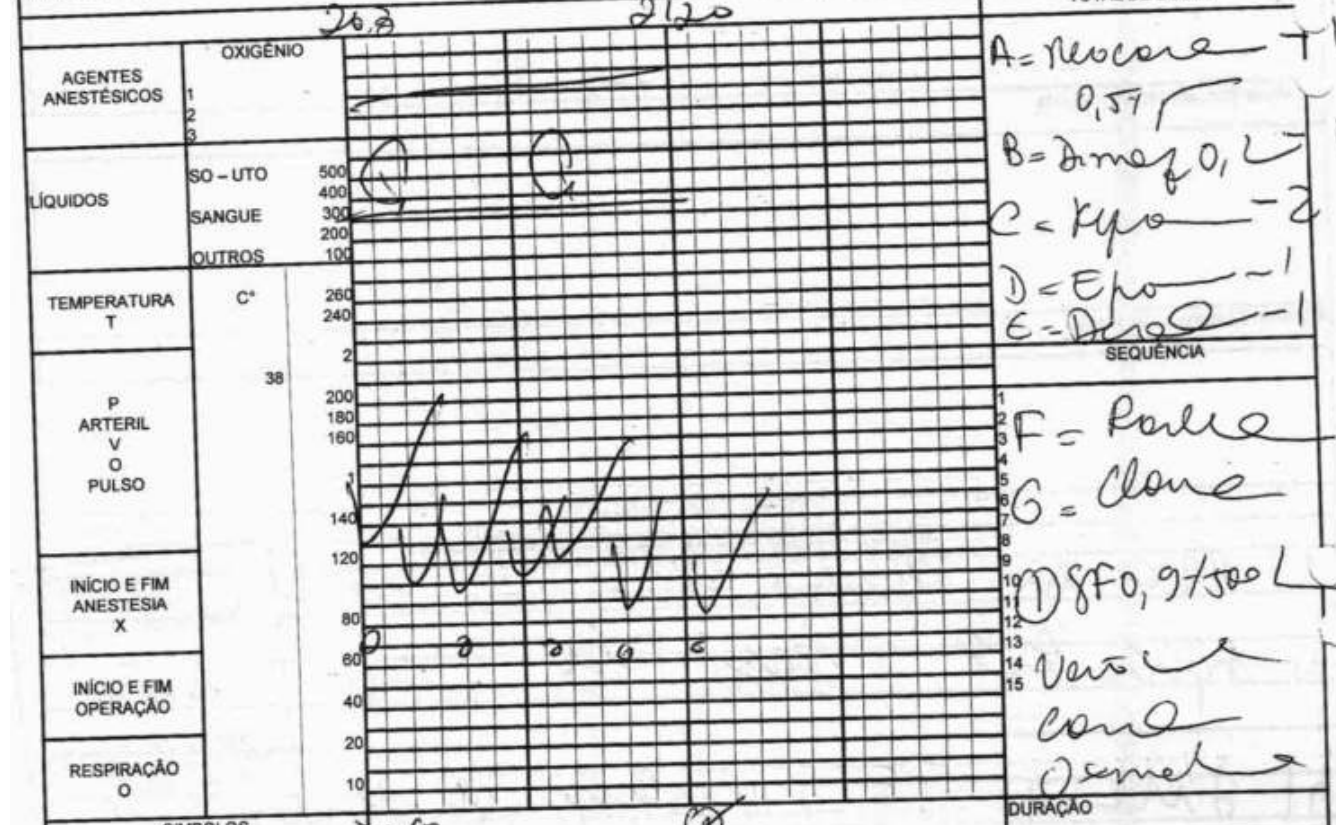
## ATARAXICOS

## OUTROS

## FÍSICO

## EFEITOS

## TOTAL DE DOSES



|                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| SÍMBOLOS                           | INCIDENTES - ACIDENTES |
| TÉCNICAS                           | NÃO HÁ                 |
| OPERAÇÕES                          |                        |
| CIRURGIÕES                         |                        |
| ANESTESISTAS                       |                        |
| CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS | BSS                    |
| PARTICULARIDADES                   |                        |
| COOPANEST-FI                       |                        |

GNPJ: 01.408.526/0001-61

ANESTESISTA





**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

[illegible]





IDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA DE TERESINA - HUT

HISTÓRICO

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                 |                                                       |            |       |           |            |       |                   |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|-------|-----------|------------|-------|-------------------|
| NOME DO PACIENTE                |                                                       | PRONTUÁRIO | IDADE | CLÍNICA   | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
| JOSE BATISTA DA SILVA FILHO     |                                                       | 473751     | 64    | ORTOPEDIA | CORREDOR 2 |       |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO             | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                     |            |       |           |            |       |                   |
| DI : 15/04/2018                 | FRAT. EXP. IBIA                                       |            |       |           |            |       |                   |
| 16/04/18                        |                                                       |            |       |           |            |       |                   |
| 1                               | Dieta oral livre                                      |            |       |           |            |       |                   |
| 2                               | Jelco salinizado                                      |            |       |           |            |       |                   |
| 3                               | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs                |            |       |           |            |       |                   |
| 4                               | Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                           |            |       |           |            |       |                   |
| 5                               | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                       |            |       |           |            |       |                   |
| 6                               | Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs                |            |       |           |            |       |                   |
| 7                               | Tramadol 100mg _ 01 amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN |            |       |           |            |       |                   |
| 8                               | Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                      |            |       |           |            |       |                   |
| 9                               | Gentamicina 240mg _ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia      |            |       |           |            |       |                   |
| 10                              | Curativos diários                                     |            |       |           |            |       |                   |
| 11                              | Cuidados gerais e sinais vitais                       |            |       |           |            |       |                   |
| <i>Assinado eletronicamente</i> |                                                       |            |       |           |            |       |                   |

DEPARTAMENTOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
CONTEÚDO NÃO SINISTRO  
29 ABR 2018  
GENTE SEGURADORA  
Rua Coelho de Resende, 201  
Centro-Norte CEP: 64.000-000  
Teresina - PI

Dr. Jordano Chaves / Dr. Yuri Inácio Félix  
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3413-7/2013-20 / CRM 3786-7/2013-20

21.16 de 16/04/2018. Dedicado a Bureaucracia, K. 101012, 1  
criatividade e de cor. Dr. Alexandre Macedo Almeida

| NOME DO PACIENTE                        |                                              | PRONTUÁRIO | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|------------|------------|-------|-------------------|
| Jen Batista                             |                                              | 473751     |            |       |                   |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                       |                                              |            |            |       |                   |
| Proteção exte (Fixação Provisória) exte |                                              |            |            |       |                   |
| 1                                       | DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO      |            |            |       |                   |
| 2                                       | SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA                    |            |            |       |                   |
| 3                                       | RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H        |            |            |       |                   |
| 4                                       | CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H           |            |            |       |                   |
| 5                                       | DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H            |            |            |       |                   |
| 6                                       | TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H          |            |            |       |                   |
| 7                                       | TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN |            |            |       |                   |
| 8                                       | CURATIVO                                     |            |            |       |                   |
| 9                                       | PRESCRIÇÃO MÉDICA                            |            |            |       |                   |
| 10. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 11. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 12. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 13. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 14. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 15. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 16. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 17. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 18. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 19. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 20. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 21. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 22. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 23. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 24. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 25. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 26. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 27. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 28. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 29. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 30. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 31. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 32. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 33. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 34. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 35. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 36. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 37. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 38. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 39. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 40. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 41. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 42. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 43. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 44. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 45. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 46. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 47. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 48. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 49. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 50. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 51. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 52. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 53. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 54. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 55. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 56. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 57. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 58. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 59. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 60. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 61. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 62. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 63. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 64. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 65. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 66. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 67. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 68. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 69. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 70. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 71. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 72. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 73. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 74. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 75. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 76. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 77. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 78. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 79. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 80. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 81. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 82. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 83. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 84. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 85. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 86. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 87. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 88. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 89. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 90. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 91. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 92. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 93. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 94. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 95. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 96. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 97. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 98. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 99. 10/10/2020 10:24:05                 |                                              |            |            |       |                   |
| 100. 10/10/2020 10:24:05                |                                              |            |            |       |                   |

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Batista IDADE 45 anos DATA 15/04/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO        |                |
|---------------------------------|----------------|----------------|
|                                 | ADMISSÃO       | SAÍDA          |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | 89 x 46        | 90 / 63        |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | 96             | 93             |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | 100%           | 100%           |
| TEMPERATURA AXILAR (°C)         |                |                |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   |                |                |
| NOME/MATRÍCULA                  | <u>Adriana</u> | <u>Adriana</u> |

## ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

| ATIVIDADE MUSCULAR                                                                          |   | ADMISSÃO                              | SAÍDA                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Movimenta os quatro membros                                                                 | 2 | 2 <input type="checkbox"/>            | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Movimenta dois membros                                                                      | 1 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
| É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |
| É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/>            |
| Tem apnéia                                                                                  | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |
| PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| PA em 20-49% do nível anestésico                                                            | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/>            |
| PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |
| Esta lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Desperta, se solicitado                                                                     | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/>            |
| Não responde                                                                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |
| É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/>            |
| Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL

ASS.

Cristiane Tiburcio de Fátima  
COREN - PI 149411  
ENFERMEIRA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

| SONDA VESICAL | ( ) DRENO DE SUÇÃO | ( ) DRENO TORACICO | ( ) DVE | ( ) COLOSTOMIA |
|---------------|--------------------|--------------------|---------|----------------|
| hs mL         | hs mL              | hs mL              | hs mL   | hs mL          |
| hs mL         | hs mL              | hs mL              | hs mL   | hs mL          |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:45 - Até admitido na SRPA em POI de fratura de tíbia e fíbula sob efeito de raqui anestesia lombar, orientado, fôcos supracitados, 91 O<sub>2</sub>. HV em curso. Hipotensão demais SSV estáveis.

RAIO-X REALIZADO

DATA 1 / 120

Técnico Guilherme

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) IPED MORT ( ) INEL ( ) 1015 ( ) 1016 ( )

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:24:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610240461800000012024025

Número do documento: 20102610240461800000012024025

|                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | <b>Nº LAUDO: 68329</b>    |
|                                                                    | <b>AIH: 2218100233129</b> |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | <b>CNES</b><br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | <b>CNES</b><br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                              |                                                        |                                                    |                                    |                             |
|------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b>            | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>JOSE BATISTA DA SILVA FILHO | <b>NASCIMENTO</b><br>24/03/1954                    | <b>SEXO</b><br>M                   | <b>PRONTUÁRIO</b><br>473751 |
| <b>DOCUMENTO CPF</b>         | <b>TELEFONE</b>                                        | <b>NOME DA MÃE</b><br>CELESTINA MARIA DA CONCEICAO | <b>RESPONSÁVEL</b><br>MARIA DA LUZ |                             |
| <b>CEP</b><br>64000010       | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>                           |                                                    |                                    | <b>NUMERO / LOTE</b><br>S/N |
| <b>BAIRRO</b><br>SANTA CLARA | <b>COMPLEMENTO</b>                                     | <b>MUNICÍPIO</b><br>TERESINA                       | <b>UF</b><br>PI                    |                             |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL E FÍBULA DISTAL

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRATAMENTO CIRÚRGICO 0408050543 S828-0408050578 S826

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
LF+RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                    |                          |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

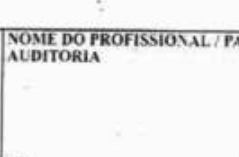
**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

|                                                |                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>CELSONO ANTONIO MESSQUITA LIMA<br>CPF: 0000591700 CRM: |
| <b>CARÁTER</b><br>URGENCIA                     | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>18/04/2018                                                                                                                                                                                  |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>18-04/2018 10:04       | <b>DATA ALTA</b><br>22/04/2018 08:30                                                                                                                                                                                   |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>MELHORADO                |                                                                                                                                                                                                                        |

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LESÃO</b> |
|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |

### AUTORIZAÇÃO

|                                           |                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO</b> | <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>CELSONO ANTONIO MESSQUITA LIMA<br>CPF: 0000591700 CRM: |
|                                           | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br>DATA ANALISE: 27/04/2018 12:37:47<br>CPY: YRM DATA ASSIN: 27/04/2018 12:37:47                                                                    |

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

|                            |                                                                   |                                                                                     |                 |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nome do Paciente           | José Batista da Silva Filho                                       |                                                                                     |                 |
| Diagnóstico pré-operatório | Fx de Colar telhado + Fx de Alça proximal + Fx de ulnária lateral |                                                                                     |                 |
| Operação - Tipo            | Fixação com fixadores externos, fr                                |                                                                                     |                 |
| Cirurgião                  | Dr. Walmir                                                        | CEISO Antônio de Jesus Costa<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM-PI 3518 1501-13135 | Assistente      |
| 2º Assistente              |                                                                   |                                                                                     | 3º Assistente   |
| Instrumentador             | Dayana                                                            | Anestesista                                                                         | Dr. José Miguel |
| Anestésico(a)              |                                                                   | Anestesia                                                                           | Raque           |
| Data da Operação           | 18.04.18                                                          | Início                                                                              | Fim             |
| Diagnóstico pré-operatório | 0108050500 - 5828<br>↳ fixador<br>0108050578 - 5826<br>↳ fio K    |                                                                                     |                 |

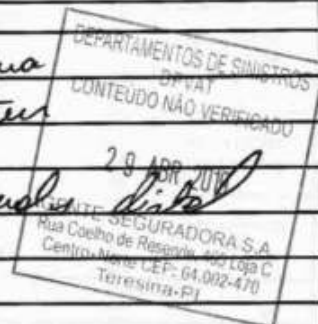
Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob oxigenoterapia
- ② Anestesia + Antiespasmódico + Anestesia de Campo Estéril
- ③ Lavagem com solução
- ④ Fixação externa de fratura de Alça proximal  
à Esquerda
- ⑤ LMC
- ⑥ Fixação de fíbula com fixadores



CEISO Antônio de Jesus Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 3518 1501-13135

Jane Silveira Lima da Souza  
Médica - R. 13135  
CONFERE ORIGINAL







# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18 / 04 / 18

|                   |                                  |                           |                                   |
|-------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: | João Batista da Silva Filho      | CONVÊNIO Nº:              | 473751                            |
| DIAGNÓSTICO:      | Fr de Tibia humeral Fr de Rádio  | CIRURGIA:                 | Enroscav Gesso Juncob             |
| ANESTESIA:        | Raquete Idio Fr de abdômen       | DA SALA:                  | 06 Feri                           |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Wlaurah                      | CRM Nº:                   |                                   |
| AUXILIAR:         |                                  | Ortopedia e Traumatologia |                                   |
| ANESTESIA:        | Dr. José Miguel de Andrade Filho | CPF Nº:                   | José Miguel de Andrade Filho      |
| INSTRUMENTADORA:  | Wagner                           | CPF Nº:                   | CRM-P: 887 - CPF: 138 542 403 688 |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO          | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8            | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI 24 | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7,5 18,0     | PAR    | 03     |       |
| AGULHA 40X12           | UNID. | 02     |       | LUVA Nº              | PAR    |        |       |
| AGULHA RAQUE           | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 06     |       |
| ALCOOL 70%             | ML    | 30     |       | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 30     |       |
| ALGODÃO                | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO          | ML     | 30     |       |
| ÁGUA OXIGENADA         | ML    | -      |       | PVPI TINTURA         | ML     | -      |       |
| COMPRESSA              | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC         | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA      | UNID. | -      |       | SERINGA 10CC         | UNID.  | 02     |       |
| ESPARADRAPO            | CM    | 30     |       | SERINGA 5CC          | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº             | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC          | UNID.  | -      |       |
| FORMOL                 | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO 500 | FRASCO | 02     |       |
| GASES                  | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL        | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº               | UNID. | -      |       | Crepon               | UN     | 02     |       |
| FIOS                   | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA          |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG |       |        |       |                      |        |        |       |
| ALCOFIL                |       |        |       |                      |        |        |       |
| MONONYLON              | 2.0   | 02     |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| FITA UMBILICAL         |       |        |       | CIRCULANTE:          | Roxe   |        |       |
| VICRYL                 |       |        |       |                      |        |        |       |
| NE                     |       |        |       |                      |        |        |       |

MOD - 094





ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      | PRONTUÁRIO | IDADE | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|-------|------------|------------|-------|-------------------------------------------|
| JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      | 473751     | 64    | Ortopédica | 235        | 246   |                                           |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                    |            |       |            |            |       | OBSERVAÇÕES                               |
| DI : 18/04/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FRAT. TIBIA E                                        |            |       |            |            |       | 8:30 - 12h falta atendimento a emergência |
| 22/04/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |            |       |            |            |       | medido<br>Código: 69336-10                |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Dieta oral livre                                     |            |       |            |            |       |                                           |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Jeito salinizado                                     |            |       |            |            |       |                                           |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs               |            |       |            |            |       |                                           |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs                    |            |       |            |            |       |                                           |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                      |            |       |            |            |       |                                           |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs               |            |       |            |            |       |                                           |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN |            |       |            |            |       |                                           |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                     |            |       |            |            |       |                                           |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 8/8hs         |            |       |            |            |       |                                           |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cuidados gerais e sinais vitais                      |            |       |            |            |       |                                           |
| <div>Dr. João Henrique L. Silva<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3367</div> <div>Dr. Ricardo S. Valença<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3766-TEOT/11305</div> <div>Dr. Yuri Ivago Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3766-TEOT/11305</div> <div>Dr. Paulo H. L. Pimenta Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3367</div> |                                                      |            |       |            |            |       |                                           |

## FOLHA DE ANESTESIA



| DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | PA                                 | PULSO                                                                                                                                        | RESPIRAÇÃO   | TEMPERATURA       | PESO        | ALTURA     | OBS. |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|-------------|------------|------|---------------------|----------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|----------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|-----|--|-----|--|-----|---------------|--------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 18.04.2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | 124/75                             | 67                                                                                                                                           | 12           | 36,5°C            |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EXAME DE SANGUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | GR. SANGÜINEO | HEMATIMETRIA                       | HEMOGLOBINEMIA                                                                                                                               | HEMATÓCRITOS | GLICEMIA          | DOS. URÉRIA |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EXAMES DE URINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                    |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                    |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                    |                                                                                                                                              |              | ELETROCARDIOGRAMA |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                    |                                                                                                                                              |              | ASMA              |             | BRONQUITE  |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SISTEMA DIGESTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                                    |                                                                                                                                              |              | SISTEMA URINÁRIO  |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ESTADO MENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                    |                                                                                                                                              |              | CORTICOIDES       |             | ATARÁXICOS |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                    |                                                                                                                                              |              | FÍSICO            |             | OUTROS     |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                    |                                                                                                                                              |              | APLICADO AS       |             | EFEITOS    |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>OXIGÊNIO</th> <th colspan="15">TOTAL DE DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">LÍQUIDOS</td> <td>SO - UTO</td> <td>500</td> <td colspan="15" rowspan="4"> <p>Y. Finol. - 01</p> <p>Decadron 1/2 comp</p> <p>Dexamf, 2 - 0,4mg</p> <p>Neocadron 0,5% 100ml</p> <p>Sode - 12,5mg</p> <p>Cefazolin 1g</p> </td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td></td> <td>300</td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">TEMPERATURA T</td> <td>OUTROS</td> <td>100</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>260</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>240</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>220</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">P ARTERIL V O PULSO</td> <td></td> <td>200</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>180</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>160</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>140</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td></td> <td>120</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>80</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>60</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>40</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td></td> <td>20</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>180</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>160</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>140</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">RESPIRAÇÃO O</td> <td></td> <td>120</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>80</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>60</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>40</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">SÍMBOLOS</td> <td colspan="15">DURAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TÉCNICAS</td> <td colspan="15">INCIDENTES - ACIDENTES</td> </tr> <tr> <td colspan="2">OPERAÇÕES</td> <td colspan="15">CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CIRURGIÕES</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANESTESISTAS</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PARTICULARIDADES</td> <td colspan="15"></td> </tr> </tbody> </table> |               |                                    |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      | AGENTES ANESTÉSICOS | OXIGÊNIO | TOTAL DE DOSES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | LÍQUIDOS | SO - UTO | 500 | <p>Y. Finol. - 01</p> <p>Decadron 1/2 comp</p> <p>Dexamf, 2 - 0,4mg</p> <p>Neocadron 0,5% 100ml</p> <p>Sode - 12,5mg</p> <p>Cefazolin 1g</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SANGUE | 400 |  | 300 |  | 200 | TEMPERATURA T | OUTROS | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 260 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 240 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 220 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P ARTERIL V O PULSO |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 180 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 140 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | INÍCIO E FIM ANESTESIA X |  | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | INÍCIO E FIM OPERAÇÃO |  | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 180 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 140 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RESPIRAÇÃO O |  | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SÍMBOLOS |  | DURAÇÃO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TÉCNICAS |  | INCIDENTES - ACIDENTES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | OPERAÇÕES |  | CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CIRURGIÕES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ANESTESISTAS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PARTICULARIDADES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | OXIGÊNIO      | TOTAL DE DOSES                     |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LÍQUIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SO - UTO      | 500                                | <p>Y. Finol. - 01</p> <p>Decadron 1/2 comp</p> <p>Dexamf, 2 - 0,4mg</p> <p>Neocadron 0,5% 100ml</p> <p>Sode - 12,5mg</p> <p>Cefazolin 1g</p> |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SANGUE        | 400                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 300                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 200                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TEMPERATURA T                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | OUTROS        | 100                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 260                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 240                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 220                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P ARTERIL V O PULSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | 200                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 180                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 160                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 140                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | 120                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 80                                 |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 60                                 |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 40                                 |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | 20                                 |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 180                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 160                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 140                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESPIRAÇÃO O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | 120                                |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 80                                 |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 60                                 |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 40                                 |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SÍMBOLOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | DURAÇÃO                            |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TÉCNICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | INCIDENTES - ACIDENTES             |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OPERAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CIRURGIÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                    |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANESTESISTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                    |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PARTICULARIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                    |                                                                                                                                              |              |                   |             |            |      |                     |          |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |          |     |                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |     |  |     |  |     |               |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

TAL DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

~~Alisson~~  
Alisson

|                          |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
|--------------------------|-----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|-------------------|--------------|-------------------|
| 18/04/18                 | POI | 1 Dieta oral livre após efeito anestésico | Ediana Nogueira<br>NUTRICIONISTA<br>CRN: 3716 | CLÍNICA<br>Ortopédica | ENF. OU AP<br>235 | LEITO<br>246 | MÉDICO ASSISTENTE |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM  |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| OBSERVAÇÕES              |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| RAIO-X REALIZADO         |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| DATA 18/04/2018          |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| Técnico:                 |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| 12:20' - Paciente idoso  |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| admitido procedente      |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| SRPA em POL para         |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| tórax de tibia com       |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| fixação externo, cons-   |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| eiente, orientada, já-   |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| sico. Nega patologias    |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| crônicas e alergia       |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| a medicamentos.          |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| 22:00 segue atende       |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| calmo, em boas con-      |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |
| dições, nega algar - can |     |                                           |                                               |                       |                   |              |                   |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
29 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Lda 2  
Centro-Norte CE 61.062-470  
Teresina - PI

CONFIRMAÇÃO  
Cópia para o paciente  
Cópia para o médico  
Cópia para o enfermeiro  
Cópia para o farmacêutico  
Cópia para o nutricionista  
Cópia para o psicólogo  
Cópia para o fisioterapeuta  
Cópia para o fonoaudiólogo  
Cópia para o dentista  
Cópia para o assistente social  
Cópia para o trabalho social  
Cópia para o educador físico  
Cópia para o pedagogo  
Cópia para o professor  
Cópia para o técnico de enfermagem  
Cópia para o auxiliar de enfermagem  
Cópia para o agente de saúde  
Cópia para o agente de limpeza  
Cópia para o agente de segurança  
Cópia para o agente de manutenção  
Cópia para o agente de transporte  
Cópia para o agente de alimentação  
Cópia para o agente de higiene  
Cópia para o agente de conservação  
Cópia para o agente de controle de qualidade  
Cópia para o agente de avaliação  
Cópia para o agente de planejamento  
Cópia para o agente de organização  
Cópia para o agente de administração  
Cópia para o agente de gestão  
Cópia para o agente de liderança  
Cópia para o agente de comunicação  
Cópia para o agente de marketing  
Cópia para o agente de vendas  
Cópia para o agente de atendimento ao cliente  
Cópia para o agente de suporte ao cliente  
Cópia para o agente de treinamento  
Cópia para o agente de desenvolvimento de pessoal  
Cópia para o agente de recrutamento e seleção  
Cópia para o agente de gestão de projetos  
Cópia para o agente de gestão de riscos  
Cópia para o agente de gestão de recursos humanos  
Cópia para o agente de gestão de tecnologia da informação  
Cópia para o agente de gestão de processos  
Cópia para o agente de gestão de qualidade  
Cópia para o agente de gestão de meio ambiente  
Cópia para o agente de gestão de segurança  
Cópia para o agente de gestão de saúde  
Cópia para o agente de gestão de educação  
Cópia para o agente de gestão de cultura  
Cópia para o agente de gestão de inovação  
Cópia para o agente de gestão de sustentabilidade  
Cópia para o agente de gestão de responsabilidade social  
Cópia para o agente de gestão de governança  
Cópia para o agente de gestão de ética  
Cópia para o agente de gestão de transparência  
Cópia para o agente de gestão de acesso à informação  
Cópia para o agente de gestão de proteção de dados  
Cópia para o agente de gestão de privacidade  
Cópia para o agente de gestão de segurança da informação  
Cópia para o agente de gestão de continuidade de negócios  
Cópia para o agente de gestão de resiliência  
Cópia para o agente de gestão de adaptação  
Cópia para o agente de gestão de transformação digital  
Cópia para o agente de gestão de inteligência artificial  
Cópia para o agente de gestão de big data  
Cópia para o agente de gestão de nuvem  
Cópia para o agente de gestão de internet das coisas  
Cópia para o agente de gestão de robótica  
Cópia para o agente de gestão de realidade aumentada  
Cópia para o agente de gestão de realidade virtual  
Cópia para o agente de gestão de blockchain  
Cópia para o agente de gestão de criptomoedas  
Cópia para o agente de gestão de inteligência de negócios  
Cópia para o agente de gestão de análise de dados  
Cópia para o agente de gestão de visualização de dados  
Cópia para o agente de gestão de ferramentas de produtividade  
Cópia para o agente de gestão de aplicativos  
Cópia para o agente de gestão de plataformas  
Cópia para o agente de gestão de ecossistemas  
Cópia para o agente de gestão de mercados  
Cópia para o agente de gestão de setores  
Cópia para o agente de gestão de indústrias  
Cópia para o agente de gestão de serviços  
Cópia para o agente de gestão de produtos  
Cópia para o agente de gestão de empresas  
Cópia para o agente de gestão de organizações  
Cópia para o agente de gestão de instituições  
Cópia para o agente de gestão de sociedades  
Cópia para o agente de gestão de grupos  
Cópia para o agente de gestão de redes  
Cópia para o agente de gestão de comunidades  
Cópia para o agente de gestão de movimentos  
Cópia para o agente de gestão de causas  
Cópia para o agente de gestão de movimentos sociais  
Cópia para o agente de gestão de organizações não governamentais  
Cópia para o agente de gestão de organizações de base  
Cópia para o agente de gestão de organizações populares  
Cópia para o agente de gestão de organizações comunitárias  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do consumidor  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do meio ambiente  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da cultura  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da educação  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da saúde  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da segurança  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da transparência  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da ética  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da governança  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da inteligência  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da inovação  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da sustentabilidade  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da responsabilidade social  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da cidadania  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da democracia  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da liberdade  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da justiça  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da paz  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da cooperação  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da solidariedade  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da fraternidade  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da humanidade  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da vida  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da natureza  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da terra  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da água  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do ar  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do solo  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do clima  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do planeta  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da humanidade  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da vida  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da natureza  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da terra  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa da água  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do ar  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do solo  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do clima  
Cópia para o agente de gestão de organizações de defesa do planeta



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME JOÃO BATISTA DA SILVA FILHO IDADE 44 anos DATA 17.04/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Fret. Tibial (E) CIRURGIÃO

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO       |               |
|---------------------------------|---------------|---------------|
|                                 | ADMISSÃO      | SAÍDA         |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>110/68</u> | <u>109/63</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>63</u>     | <u>71</u>     |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>100%</u>   | <u>98%</u>    |
| TEMPERATURA AXILAR (0° C)       |               |               |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   |               |               |
| NOME/ MATRÍCULA                 | <u>Edna</u>   | <u>Edna</u>   |

| ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK |                                                                                             |   | ADMISSÃO                              |                            | SAÍDA                                 |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR        | Movimenta os quatro membros                                                                 | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                           | Movimenta dois membros                                                                      | 1 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                           | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| RESPIRAÇÃO                | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                           | Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                           | Tem apnéia                                                                                  | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CIRCULAÇÃO                | PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                           | PA em 20-49% do nível anestésico                                                            | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                           | PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CONSCIÊNCIA               | Esta lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                           | Desperta, se solicitado                                                                     | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                           | Não responde                                                                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| SATURAÇÃO O <sub>2</sub>  | É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                           | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                           | Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09  
 ASS. MF Aparecida Coutinho  
 COREN-PR 20517-ENF

10

MF Aparecida Coutinho  
 COREN-PR 20517-ENF

|                   |                     |                    |         |                |                            |
|-------------------|---------------------|--------------------|---------|----------------|----------------------------|
| ( ) Sonda Vesical | ( ) Dreno de Sucção | ( ) Dreno Torácico | ( ) DVE | ( ) Colostomia | SONDA: ( ) NASOG ( ) NASOE |
| hs mL             | hs mL               | hs mL              | hs mL   |                |                            |
| hs mL             | hs mL               | hs mL              | hs mL   |                |                            |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

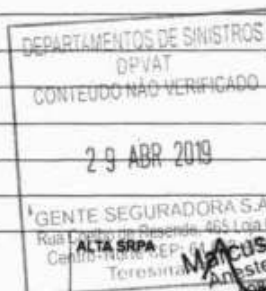
10:45 Admitido no SRPA em POE de 11h cirúrgico para fratura em tibia (E). Submetido a raque anestésica. Consciente, calmo, eufórico, respirando ar ambiente.

11:20 BCG estável e encaminhado ao Rx e ortopedia.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

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



ANESTESIOLOGISTA  
 HORÁRIO







FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



24-3-1954

## REQUISIÇÃO DE PARECER

|            |                                    |            |         |
|------------|------------------------------------|------------|---------|
| NOME       | José Batista do Silva Jr (64 anos) | PRONTUÁRIO | 473.751 |
| DA CLÍNICA | Interno                            | LEITO      |         |
| À CLÍNICA  | Cardiologia                        |            |         |

### MOTIVO DA CONSULTA

# Dor no peito

DATA: 16/04/19

Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 3418 TROF: 13135

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Id = 67 a  
Reg. em 10/04  
sem queixas cardiovasculares  
AC = normal 2T, BAF 131

monitorizado / no monitor

ECG = normal

Baixo risco de procedimento  
urgente

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Dr. Antonio Vieira de Jesus  
Cardiologista  
CRM: 2135-PI

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: 17/04/19





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0691491

*Keylla Moura de Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

ENDEREÇO

EVA MOURA DA SILVA

ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 39751 V 53A F 097

EXP. TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA-PI

839.502.303-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03 - DECRETO Nº 89.250/83



ÁGUAS DE  
**TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - IE 195565574

Av. Odilon Araújo, 1095, Píçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38  
20190201120401

MATRÍCULA  
13428373-2

FAZENDA Nº  
150356277  
MÊS/ANO  
2/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR MARIÇA VITAL DE LIMA CABRAL  
RUA VINTE E QUATRO DE  
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO  
001-00044 000060  
GRUPO  
001  
NÚMERO DO HIDRÔMETRO  
Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO  
MÊS/ANO TIPO LIDO NATURAL  
01/2019 Lido 03 10  
12/2018 Lido 01 10  
11/2018 Lido 01 10  
10/2018 Lido 01 10  
09/2018 Lido 01 10  
08/2018 Lido 01 10  
ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial - Normal

DATA LETURA  
ANTERIOR 03/01/2019 131  
ATUAL 01/02/2019 134  
CONSUMO MÊS M3 10  
LIG 107410012  
PIS/PASEP 46,94x1,69x1 8,77  
COPMG 46,94x7,69x1 3,56

TABELA / TARIFFAS  
RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 R (%)  
0 10 6,8450 65  
10 25 7,3000 69  
25 99999 7,1500 65  
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TÁBULA  
DESCRIÇÃO VALOR  
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45  
> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45  
VALOR DE ESGOTO - 18,49  
> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 R (%)  
VENCIMENTO  
13/02/2019  
VALOR A PAGAR  
46,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM 3 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

| PARÂMETRO    | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / LITRO | VALOR PERMITIDO |
|--------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------|
| CLORO LITRO  | 2672                | 2669                     | 3                           | 1,49          | 0,2-5,0 mg/L    |
| COR APARENTE | 2653                | 2575                     | 78                          | 5,40          | Inferior a 15   |
| PH           | 2681                | 2631                     | 50                          | 6,93          | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ     | 2685                | 2645                     | 40                          | 1,75          | Inferior a 5    |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

| PARÂMETRO          | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / LITRO | VALOR PERMITIDO |
|--------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------|
| COLIFORMES TC / ML | 744                 | 740                      | 4                           | Ausência      | Ausente         |
| ESCOLHIDA OIT      | 744                 | 744                      | 0                           | Ausência      | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 01/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:04

TC 1.38 20190201120401

ÁGUAS DE  
**TERESINA**

MATRÍCULA  
13428373-2  
FAZENDA Nº  
150356277  
MÊS/ANO  
2/2019

VENCIMENTO  
13/02/2019  
VALOR A PAGAR  
46,94

8760000000-8 46941535000-5 00201915035-4 62770100104-2



\*\*\* AVISO DE DÉBITO \*\*\*

Prezado cliente,  
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) cujo(s) relação(s).  
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa  
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do  
0800 22 2000. Os encargos correspondentes aos débitos  
são cobrados na próxima fatura.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
29 ABR 2019  
RUA DE SEGURADORA S.A.  
Centro, Norte 17 - 41012-470



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Keylley Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Batista da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.097-34 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Batista da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.097-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

|                                     |                            |                             |                                                  |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua: Rui Barbosa</u> |                            | Número<br><u>3814</u>       | Complemento                                      |
| Bairro<br><u>Pq. Alvorada</u>       | Cidade<br><u>Teressina</u> | Estado<br><u>Pernambuco</u> | CEP                                              |
| Email                               |                            | Telefone comercial(DDD)     | Telefone celular (DDD)<br><u>(86) 99472 9591</u> |

Ter, 23 de 07 de 18  
Local e Data

Keylley Moura de Oliveira  
Assinatura do Declarante







**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 19835044

**ANA LUCIA DA COSTA FILHA**

R. JOAO JOSA, 3559 ,

B-URBANO

64000000 TERESINA

PI

|               |            |                         |
|---------------|------------|-------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO  | MÊS        | PERÍODO DE CONSUMO      |
| 8898960       | 04/2019    | 01/03/2019 a 02/04/2019 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR           |
| 70            | 08/04/2019 | R\$ 65,97               |

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

|              |         |               |
|--------------|---------|---------------|
| CÓDIGO ÚNICO | MÊS     | TOTAL A PAGAR |
| 8898960      | 04/2019 | R\$ 65,97     |

836500000002.659700170007.000000008896.896004190055



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima: | Nome completo da vítima:     |
|                                                                                                                                       | 570.900.097.34 | Jose Baptista da Silva Filho |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                |                              |
| Nome completo:                                                                                                                        | CPF:           |                              |
| Jose Baptista da Silva Filho                                                                                                          | 570.900.097.34 |                              |
| Profissão:                                                                                                                            | Número:        | Complemento:                 |
| motorista                                                                                                                             | 3559           |                              |
| Endereço:                                                                                                                             | Bairro:        | Cidade:                      |
| Rua: João Soa                                                                                                                         | unibom         | Turvinha                     |
| Estado:                                                                                                                               | CEP:           |                              |
| Piauí                                                                                                                                 |                |                              |
| E-mail:                                                                                                                               | Tel. (DDD):    |                              |
|                                                                                                                                       | (86) 994729591 |                              |

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 2004 AG CONTA: 93788 AGÊNCIA: AG 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.

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

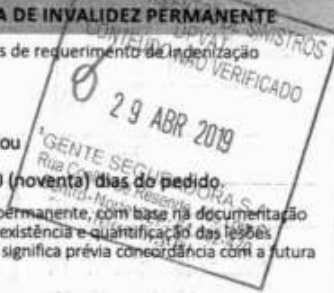
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (em Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou con(s)orte(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou con(s)orte(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso dada, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Turvinha - Piauí 19.03.19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                                                                                                                                         |                              |                                                                         |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado              | 01 N° do chamado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 02 Data do chamado                                                                                                    | 03 PRO (código)                                                                                                                         | 04 Saída do BA               | 05 Chegada ao local                                                     |
|                               | 06 Saída do local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 07 Chegada ao 1º hospital                                                                                             | 08 Saída do 1º hospital                                                                                                                 | 09 Chegada ao 2º hospital    |                                                                         |
| Local da Ocorrência           | 10 Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11 Bairro                                                                                                             | 12 Município-UF                                                                                                                         | Código IBGE                  |                                                                         |
|                               | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                       |                                                                                                                                         |                              |                                                                         |
| Dados do Paciente             | 14 Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 15 Sexo                                                                                                               | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado                                                                                           |                              |                                                                         |
|                               | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?                                                                          | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                                                                            |                              |                                                                         |
| Tipo de Ocorrência            | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |                                                                                                                                         |                              |                                                                         |
|                               | 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros<br>02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido<br>03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado<br>04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência<br>05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares |                                                                                                                       |                                                                                                                                         |                              |                                                                         |
| Acidente de Transporte        | 19 Vítima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 20 Meio de locomoção                                                                                                  | 21 Outra parte envolvida                                                                                                                | 22 Equipamentos de segurança |                                                                         |
|                               | 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado<br>1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado | 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança                                                                 |                              |                                                                         |
| Exame Físico                  | 23 Glasgow = 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       | 24 Sinais Vitais                                                                                                                        |                              | 25 Local da lesão                                                       |
|                               | ABERTURA OCULAR<br>4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma<br>5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       | RESPOSTA MOTORA<br>6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum |                              | Pulso 31<br>Resp. 27<br>PA 120/80<br>TAX. 99<br>SatO2 99                |
| Assistência                   | 26 Pupilas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                       | 27 Pulso                                                                                                                                |                              | 28 Sangramento                                                          |
|                               | 1 - Iguais 2 - Desiguais<br>1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                       | 29 Dor 10<br>ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10                                                        |                              | 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito<br>1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito |
| Hospital de Destino           | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                       | 32 Hospital de Destino                                                                                                                  |                              | 33 Condições de entrada                                                 |
|                               | 1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Reanimação cardiopulmonar 5 - Assistência obstétrica<br>1 - Exigênio 2 - Colar cervical 3 - Reanimação cardiopulmonar 4 - Assistência obstétrica<br>1 - Curativos 2 - Kred 3 - Reanimação cardiopulmonar 4 - Assistência obstétrica                                                                                                    |                                                                                                                       | 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não<br>1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte                                       |                              | 35 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado         |
| Observações Interdisciplinar  | 36 Observações Interdisciplinar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                                                                                                                                         |                              |                                                                         |
|                               | Pedestre sofreu atropelamento por carro apressado de importância importante no MTE + sangramento por ferimento sugestivo de fratura exposta. Sinais com cura, orientado, ferido, suprimido. E ulteriores da intensa no membro a pedale.                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |                                                                                                                                         |                              |                                                                         |
| Assinatura do Médico          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Assinatura do Enfermeiro                                                                                              |                                                                                                                                         | Assinatura do Condutor       |                                                                         |
| Jairo José de Almeida Feitosa |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Eliezer                                                                                                               |                                                                                                                                         | Barros                       |                                                                         |

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 570.900.097-34 Nome completo da vítima: Jose Batista da Silva Filho

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

Nome completo: Jose Batista da Silva Filho CPF: 570.900.097-34

Profissão: Motorista Endereço: Rua: João Sara Número: 3559 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Urbanos Cidade: Terexina Estado: Piauí CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (86) 994729591

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2004 013 CONTA: 93788 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:                   CONTA:                  

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 de 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou con(s)orte(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou con(s)orte(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso dada, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Terexina - Piauí 19.03.19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Batista da Silva Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Keylla Leanne de Oliveira

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTE LUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU  
DATA: 25/04/2019 HORA: 16:01:21  
TERMINAL: 20041010 CONTROLE: 200410100399

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00093788-5  
NOME: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

\* GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Terreiros-PI







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

279 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002522/2018-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: João Ribeiro Da Silva Neto

Data/Hora: 20/07/2018 - 13:12

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Data/Hora

15/04/2018 - 06:30

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

RG: 2005010011856 SSP CE

Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSE BATISTA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO JORGE, Nº 3559

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9924-2606

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA O DECLARANTE QUE NA DATA DE 15/04/18 POR VOLTA DAS 06:30 HORAS FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO VOLKSWAGEN, COR PRETA, PLACAS NÃO IDENTIFICADAS, O QUAL EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. SEGUNDO O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HUT ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO.

João Ribeiro Da Silva Neto - Mat. 1084445  
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE BATISTA DA SILVA FILHO - Noticiante  
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190298250

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

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,

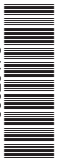
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14250354

Pag. 00345/00346 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020173





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190298250**

**Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 15/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00621/00622 - carta\_02 - INVALIDEZ

0060311



Carta nº 14312106





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190298250

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Após a análise do seu pedido do Seguro DPVAT, verificamos a existência de irregularidades.

Por essa razão, o seu pedido foi negado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00841/00842 - carta\_13 - INVALIDEZ

00050421



Carta nº 14419844



# 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: | 12/11/2019 |
|------------------------|------------|

|                      |  |
|----------------------|--|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |  |
|----------------------|--|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 4.725,00 |
|--------------|----------|

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000093788-5

---

---

Nr. da Autenticação CE27A092A0215C12







**Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.**  
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Dr. Aluisio Ferraz Arcoverde  
CRM-PI 2463

Dr. Osvaldo Moura Campos  
CRM-PI 1357

Dr. Jorge Henrique T. Cury  
CRM-PI 1388

Dr. João Sivoney Barros  
CRM-PI 1849

Dr. Yuri Jivago Félix  
CRM-PI 2308

Dr. José Renato B. Gomes  
CRM-PI 2083

Dr. Durval Tércio Nunes Leal  
CRM-PI 1995

Dr. Themistocles Ramos  
Neto  
CRM-PI 2798

JOSE BATISTA DA SILVA JUNIOR

ATENDIMENTO AO PACIENTE  
ACIMA CITADO SOFRENDO  
COMO FRATURA DE TIBIA  
DISTAL E FIBULA DISTAL  
E JOE SOB CETO A  
TRATAMENTO CIRURGICO.  
ADRESSA SEGUE DE  
ENCAMENTAMENTO DO  
LABORIO FORTALEZA  
ELENDO DE 1105CM.  
E PAGAR DE 10 PONTOS  
ELENDO E TENDO  
DE 704.

17/10/2020

Durval Tércio Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

**copil Clínica Ortopédica do Piauí Ltda**

CNPJ 12.317.665/0001-02  
Rua Desembargador Pires de Castro, 692/S Fones: (86) 3222-4488 / (86) 3222-4773  
(86) 98821-5353 / (86) 98837-0465 • CEP 64.001-390 • Teresina - Piauí  
E-mail: [contatos@clinicacopil.com.br](mailto:contatos@clinicacopil.com.br) • Site: [clinicacopil.com.br](http://clinicacopil.com.br)





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

|                              |                                              |                           |                         |                           |                     |
|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| Dados do Chamado             | 01 N° do chamado                             | 02 Data do chamado        | 03 PRO (código)         | 04 Saída do PA            | 05 Chegada ao local |
|                              | 06 Saída do local                            | 07 Chegada ao 1º hospital | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º hospital |                     |
| Local da Ocorrência          | 10 Endereço                                  | 11 Bairro                 |                         |                           |                     |
|                              | 12 Município-UF                              | Código IBGE               |                         |                           |                     |
| Dados do Paciente            | 13 Ponto de referência                       | 14 Nome                   | 15 Sexo                 | 16 Idade                  |                     |
|                              | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? | 18 Tipo de ocorrência     |                         |                           |                     |
| Tipo de Ocorrência           | 19 Vitima                                    |                           |                         |                           |                     |
|                              | 20 Meio de locomoção                         |                           |                         |                           |                     |
| Acidente de Transporte       | 21 Outra parte envolvida                     |                           |                         |                           |                     |
|                              | 22 Equipamentos de segurança                 |                           |                         |                           |                     |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow                                   |                           |                         |                           |                     |
|                              | 24 Sinais Vitais                             |                           |                         |                           |                     |
| Assistência                  | 25 Local da lesão                            |                           |                         |                           |                     |
|                              | 26 Pupilas                                   |                           |                         |                           |                     |
| Hospital de Destino          | 27 Pulso                                     |                           |                         |                           |                     |
|                              | 28 Sangramento                               |                           |                         |                           |                     |
| Observações Interdisciplinar | 29 Dor                                       |                           |                         |                           |                     |
|                              | 30 Fratura                                   |                           |                         |                           |                     |
| 31 Procedimentos realizados  |                                              |                           |                         |                           |                     |
| 32 Hospital de Destino       |                                              |                           |                         |                           |                     |
| 33 Condições de entrada      |                                              |                           |                         |                           |                     |
| 34 Óbito                     |                                              |                           |                         |                           |                     |
| Observações Interdisciplinar |                                              |                           |                         |                           |                     |
| Assinaturas e Rubricas       |                                              |                           |                         |                           |                     |

Versão: 27.11.2011





NOME DO PACIENTE: Jose Batista da Silva Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 473751



**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

em Geral e  
exatidão - C**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 15/04/2018 19:28

**DADOS DO PACIENTE:**

(User: JAIRO FEIT)

(Estação: ACC)

|                                                                                  |                          |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> JOSE BATISTA DA SILVA FILHO                                         |                          | <b>Prontuário:</b> 4737                          |
| <b>Mãe:</b> CELESTINA MARIA DA CONCEICAO                                         |                          | <b>Pai:</b> NAO INFORMADO                        |
| <b>End. Resid.:</b> RUA JOAO JOSA - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                          |                                                  |
| <b>Nascimento:</b> 24/03/1954                                                    | <b>Idade:</b> 64a:1m:22d | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99838-510 |
| <b>Responsável:</b> MARIA DA LUZ                                                 |                          | <b>CNS:</b> 702903556270970                      |
| <b>Profissão:</b> NAO INFORMADO                                                  |                          | <b>Documento:</b> CPF: -                         |
| <b>G. Instrução:</b> Não informado                                               |                          | <b>E. Civil:</b> Viuvo(a)                        |
| <b>End. Local.:</b> - - -                                                        |                          |                                                  |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                       |                                  |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Código:</b> 660261                                                 | <b>Data:</b> 15/04/2018 19:21:47 | <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU |
| <b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) |                                  | <b>Convênio:</b> S U S              |
| <b>Acid. Trab.:</b> Não                                               | <b>Acid. Trajeto:</b> Não        | <b>Acid. Trab. Típico:</b> Não      |
|                                                                       |                                  | <b>CID Secundário:</b> V099         |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                                                                                                                                                                                        |                                         |                                    |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sinal/Sintoma:</b><br>TRAUMA MAIOR                                                                                                                                                                  | <b>Evento Principal:</b><br>Dor intensa | <b>Destino:</b><br>CIRURGIÃO GERAL | <b>Classificação:</b><br><b>Laranja</b>                                                                      |
| <b>Breve História:</b><br>Vítima de atropelamento há 01h. Trazido pelo SAMU Básico com fratura no MIE, imobilizado. Glasgow 15. Eupnéico. Em uso de colar cervical e prancha. Nega HAS, DM e alergias. |                                         |                                    | <b>Profissional Clas. Risco:</b><br>JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOS<br>COREN 129783 PI<br>Em: 15/04/2018 19:28:40 |

**DADOS CLÍNICOS:** (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

paciente vítima de atropelamento, consciente, orientado, Glasgow = 15, APF, Músculos, e unhas de polegar e anelar e médio e

|                                                                                                                                 |  |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|
| <b>PA</b> ____ <b>X</b> ____ <b>mmHg</b>                                                                                        |  | <b>Pulso:</b> ____ <b>FC:</b> ____ |
| <b>Diagnóstico Inicial:</b>                                                                                                     |  | <b>CID:</b>                        |
| <b>CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:</b><br>- RX braço<br>- RX punho e<br>- RX punho 500mg + ADP<br>- RX punho 20mg + ADP |  |                                    |
| <b>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</b>                                                                                             |  |                                    |

|                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>29 ABR 2018<br>GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Cordeiro de Resende, 465 Lda C<br>Centro-Norte CEP: 64.002-470<br>Teresina-PI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| RAIO-X REALIZADO<br>DATA 15/04/2018<br>Técnico: Branca |
|--------------------------------------------------------|

*Ximara de Luz Rocha*  
Assinatura Paciente ou Responsável

*[Assinatura]*  
Assinatura - Profissional Médico







# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 15/04/2018 19:29:27  
(JAIR FEITOSA)

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                           |                      |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO                                         |                      | Prontuário: 473751                  |
| Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEICAO                                         | Pai: NAO INFORMADO   |                                     |
| End. Resid.: RUA JOAO JOSA - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                      |                                     |
| Nascimento: 24/03/1954                                                    | Idade: 64a:1m:22d    | Sexo: Masculino Fone: 86-99838-5105 |
| Responsável: MARIA DA LUZ                                                 | CNS: 702903556270970 |                                     |
| Profissão: NAO INFORMADO                                                  | Documento: CPF:      |                                     |
| G. Instrução: Nao informado                                               | E.Civil: Viuvo(a)    |                                     |
| End. Local: - - -                                                         |                      |                                     |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                |                           |                    |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Código: 660261                                                 | Data: 15/04/2018 19:21:47 | Clas. Cor: Laranja |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) | Convênio: S U S           |                    |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|                                                                                                                                                                          |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data/Hora Solicitação: 15/04/2018 20:10                                                                                                                                  | ESPECIALISTA: CIRURGIA |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com história de deslocamento, encurtamento, encurtamento, alívio no dor, 2x torção, dor e cervical sem alteração. Fratura exposta em MTC |                        |
| Cd: Alta de Amigo Geral A ortopedia                                                                                                                                      |                        |
| Dr. José Lucas de Sousa Coimbra<br>MÉDICO<br>Carimbo/Assinatura Solicitante                                                                                              |                        |

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

|                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>9 ABR 2019<br>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|                                                                                 |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Data/Hora Solicitação: 15/04/18                                                 | ESPECIALISTA: ORTOPEDIA |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com quadro de deslocamento e exposto de tibia e |                         |
| ALT                                                                             |                         |
| Carimbo/Assinatura Solicitante                                                  |                         |

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer |  |
|----------------------------------|--|





|                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | <b>Nº LAUDO:</b> 67679    |
|                                                                    | <b>AIH:</b> 2218100233107 |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | <b>CNES</b><br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | <b>CNES</b><br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                              |                                                        |                                                    |                                    |                             |
|------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b>            | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>JOSE BATISTA DA SILVA FILHO | <b>NASCIMENTO</b><br>24/03/1954                    | <b>SEXO</b><br>M                   | <b>PRONTUÁRIO</b><br>473751 |
| <b>DOCUMENTO CPF</b>         | <b>TELEFONE</b>                                        | <b>NOME DA MÃE</b><br>CELESTINA MARIA DA CONCEICAO | <b>RESPONSÁVEL</b><br>MARIA DA LUZ |                             |
| <b>CEP</b><br>64000010       | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>                           |                                                    |                                    | <b>NUMERO / LOTE</b><br>S/N |
| <b>BAIRRO</b><br>SANTA CLARA | <b>COMPLEMENTO</b>                                     | <b>MUNICÍPIO</b><br>TERESINA                       | <b>UF</b><br>PI                    |                             |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE TRANSITO

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

AO CC

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#### CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

#### CID 10 SECUNDARIO

#### CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

#### LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CELSON ANTONIO DA SILVA  
CPF: 00003897300  
CRM: 047467  
CONFIRME COM O ORIGINAL

#### CARÁTER

URGÊNCIA

#### DATA SOLICITAÇÃO

15/04/2018

#### DATA ADMISSÃO

15/04/2018 19:21

#### DATA ALTA

18/04/2018 10:04

#### MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>CELSON PIRES FERREIRA FILHO<br>CPF: 76356353791 CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br><br>DATA ANALISE: 27/04/2018 12:33:53<br>CPF: CRM: DATA ANALISE: |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



out:blank



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

[illegible]



**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rúbrica \_\_\_\_\_

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**DATA 15 / 04 / 18

|                                                      |                                |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>José Batista de Silva Filho</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>473751</u>   |
| DIAGNÓSTICO: <u>Fratura exposta de tibia</u>         | CIRURGIA: <u>1to. cirurgia</u> |
| ANESTESIA: <u>Raqui</u>                              | Nº DA SALA: <u>06</u>          |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Celso</u>                          | CPF Nº: _____                  |
| AUXILIAR: <u>Residente André / 6611400</u>           | CPF Nº: _____                  |
| ANESTESIA: <u>Dr. Socorro</u>                        | CPF Nº: _____                  |
| INSTRUMENTADORA: <u>Rafaela</u>                      | CPF Nº: _____                  |

Ordem de Serviço  
CRM 34.345-1  
CRM 6.201-1

**MATERIAL DE CONSUMO**

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                  | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|--------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u> | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº <u>7.5, 8, 0</u>       | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº <u>7.0</u>             | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO           | PAR    | 06     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE               | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 02     |       | PVPI TÓPICO                    | ML     | 200    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    |        |       | PVPI TINTURA                   | ML     |        |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 04     |       | SERINGA 20CC                   | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC                   | UNID.  |        |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC                    | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC                    | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO               | FRASCO | 06     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL                  | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº <u>20</u>      | UNID. | 01     |       | <u>Atadura crepom</u>          | UNID.  | 02     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA                    |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       |                                |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                                |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                                |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                                |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                                |        |        |       |
| MONONYLON <u>2.0</u>    | UNID. | 01     |       |                                |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       |                                |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | ENFERMARIA:                    |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       | CIRCULANTE: <u>Ana Paula</u>   |        |        |       |

José Simão Lima Dias de Souza  
Matrícula: 047467  
CRM - RUI  
COMPARE COM O ORIGINAL

MØD - 094







FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

## CENTRO CIRÚRGICO

|                                                        |                              |                  |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
| Nome do Paciente <u>Jose Batista de Souza</u>          |                              |                  |
| Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura ext de tibia</u> |                              |                  |
| Operação - Tipo <u>Fixação</u>                         |                              |                  |
| Cirurgião <u>Carlos</u>                                | 1º Assistente <u>Barbosa</u> | 2º Assistente    |
| Instrumentador                                         |                              | Anestesiologista |
| Anestésico(a)                                          |                              | Anestesia        |
| Data da Operação                                       | Início                       | Fim              |
| Diagnóstico pré-operatório                             |                              |                  |

Giordano Cronemberger  
CRM 3415-PI  
CRM 6210-MA

SIC

atário Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) DAC em decubito distal do antebraço  
2) Apron de 1 Apron de - Curo  
3) DMC + FE e controle de danos  
4) Suturas e Curativos

DEPARTAMENTO DE SINISTRA  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Giordano Cronemberger  
CRM 3415-PI  
CRM 6210-MA







H( ) IL DE

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | PRONTUÁRIO | IDADE | CLÍNICA   | ENF. OU AP | LEITO                       | MÉDICO ASSISTENTE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------|-------|-----------|------------|-----------------------------|-------------------|
| JOSE BATISTA DA SILVA FILHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         | 473751     | 64    | ORTOPEDIA | CORREDOR 2 |                             |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                       |            |       | HORÁRIOS  |            | OBSERVAÇÕES                 |                   |
| DI: 15/04/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FRAT. EXP. IBIA                                         |            |       |           |            | 23:00 PA: 130 x 80 mmHg     |                   |
| 17/04/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |            |       |           |            | P: 79 bpm - GEC: 104 x 1936 |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ediane Nogueira<br>NUTRICIONISTA<br>CRN-3746            |            |       |           |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1) Dieta oral livre                                     |            |       |           |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2) Jeico salinizado                                     |            |       |           |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3) Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs               |            |       | v/v       |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4) Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                          |            |       | v/v       |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5) Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                      |            |       | v/v       |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 6) Tilatit 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs               |            |       | v/v       |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 7) Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN |            |       |           |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 8) Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                     |            |       |           |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9) Gentamicina 240mg_ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia      |            |       | v/v       |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10) Curativos diários                                   |            |       |           |            |                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 11) Cuidados gerais e sinais vitais                     |            |       |           |            |                             |                   |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Dr. Paulo Henrique L. Silva<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 13357</p> </div> <div> <p>Dr. Ricardo S. Valença<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3766-TEOT/11305</p> </div> <div> <p>Dr. Yuri Inago Félix<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 12308</p> </div> <div> <p>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3367</p> </div> </div> |                                                         |            |       |           |            |                             |                   |



<http://tjpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610240461800000012024025>

Número do documento: 20102610240461800000012024025



# HOT TAIL DE

**PRESCRIÇÃO N. 1 DICA**

| NOME DO PACIENTE            |                                                      | PRONTUÁRIO | IDADE | CLÍNICA   | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|-----------------------------|------------------------------------------------------|------------|-------|-----------|------------|-------|-------------------|
| JOSE BATISTA DA SILVA FILHO |                                                      | 473751     | 64    | ORTOPEDIA | CORREDOR 2 |       |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO         | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                    |            |       |           |            |       |                   |
| DI: 15/04/2018              | FRAT. EXP. IBIA                                      |            |       |           |            |       |                   |
| 16/04/18                    |                                                      |            |       |           |            |       |                   |
| 1                           | Dieta oral livre                                     |            |       |           |            |       |                   |
| 2                           | Jelco salinizado                                     |            |       |           |            |       |                   |
| 3                           | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs               |            |       |           |            |       |                   |
| 4                           | Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                          |            |       |           |            |       |                   |
| 5                           | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                      |            |       |           |            |       |                   |
| 6                           | Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs               |            |       |           |            |       |                   |
| 7                           | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN |            |       |           |            |       |                   |
| 8                           | Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                     |            |       |           |            |       |                   |
| 9                           | Gentamicina 240mg _ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia     |            |       |           |            |       |                   |
| 10                          | Curativos diários                                    |            |       |           |            |       |                   |
| 11                          | Cuidados gerais e sinais vitais                      |            |       |           |            |       |                   |

DEPARTAMENTOS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2018

GENTE SEGURADORA  
Rua Coelho de Resende, 400  
Centro-Norte CEP: 64.000-000  
Teresina-PI

Dr. Gloriano Chaves Junior / Dr. Yuri Inacio Felix / Dr. Ricardo S. Viana

Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM 3415-7/071029 / CRM 12308 / CRM 3766-7/0711105

16/12/81. Adolfo Dominguez, ~~183~~ wisa, ~~183~~









# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: José Batista IDADE: \_\_\_\_\_ anos DATA: 15/04/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO: 01 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIÃO REALIZADA: \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO  |         |
|---------------------------------|----------|---------|
|                                 | ADMISSÃO | SAÍDA   |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | 89 x 46  | 90 / 63 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | 96       | 93      |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | 100%     | 100%    |
| TEMPERATURA AXILAR (°C)         |          |         |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   |          |         |
| NOME/ MATRÍCULA                 | Adriana  |         |

| ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK |                                                                                             |   | ADMISSÃO |                                     |   | SAÍDA                    |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|-------------------------------------|---|--------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR        | Movimenta os quatro membros                                                                 | 2 | 2        | <input type="checkbox"/>            | 2 | <input type="checkbox"/> |
|                           | Movimenta dois membros                                                                      | 1 | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> |
|                           | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0 | 0        | <input type="checkbox"/>            | 0 | <input type="checkbox"/> |
| RESPIRAÇÃO                | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
|                           | Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | 1 | 1        | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input type="checkbox"/> |
|                           | Tem apnéia                                                                                  | 0 | 0        | <input type="checkbox"/>            | 0 | <input type="checkbox"/> |
| CIRCULAÇÃO                | PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2 | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
|                           | PA em 20-49% do nível anestésico                                                            | 1 | 1        | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input type="checkbox"/> |
|                           | PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0 | 0        | <input type="checkbox"/>            | 0 | <input type="checkbox"/> |
| CONSCIÊNCIA               | Esta lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2 | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
|                           | Desperta, se solicitado                                                                     | 1 | 1        | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input type="checkbox"/> |
|                           | Não responde                                                                                | 0 | 0        | <input type="checkbox"/>            | 0 | <input type="checkbox"/> |
| SATURAÇÃO O <sub>2</sub>  | É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2 | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
|                           | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1 | 1        | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input type="checkbox"/> |
|                           | Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 | 0        | <input type="checkbox"/>            | 0 | <input type="checkbox"/> |

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL: 09

ASS: Cristiane Tiburcio de Almeida COREN - PI 14441 ENFERMEIRA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29/04/2018

SONDA 013

COMPANHIA SÉGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI

| SONDA VESICAL | ( ) DRENO DE SUCÇÃO | ( ) DRENO TORACICO | ( ) DVE | ( ) COLOSTOMIA |
|---------------|---------------------|--------------------|---------|----------------|
| hs mL         | hs mL               | hs mL              | hs mL   | hs mL          |
| hs mL         | hs mL               | hs mL              | hs mL   | hs mL          |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:45 - Paciente admitido na SRPA em PÓS de cirurgia de abdômen, sob efeito de raqui-anestesia lombar, orientado, fôssico, eufônico, S.O<sub>2</sub> 100% em ar ambiente. Hipotensão, demais SSV estáveis.

CONFES. ORIGINAL

RAIO-X REALIZADO

DATA: 1 / 120

Técnico: [assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

ENCAMINHAMENTO: ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

[ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEM. CLÍNICA: [ ] PED (X) ORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD





|                                                                    |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | Nº LAUDO: 68329    |
|                                                                    | AIH: 2218100233129 |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES<br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | CNES<br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                              |                                                        |                                                    |                                    |                             |
|------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b>            | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>JOSE BATISTA DA SILVA FILHO | <b>NASCIMENTO</b><br>24/03/1954                    | <b>SEXO</b><br>M                   | <b>PRONTUÁRIO</b><br>473751 |
| <b>DOCUMENTO CPF</b>         | <b>TELEFONE</b>                                        | <b>NOME DA MÃE</b><br>CELESTINA MARIA DA CONCEICAO | <b>RESPONSÁVEL</b><br>MARIA DA LUZ |                             |
| <b>CEP</b><br>64000010       | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>                           |                                                    |                                    | <b>NUMERO / LOTE</b><br>S/N |
| <b>BAIRRO</b><br>SANTA CLARA | <b>COMPLEMENTO</b>                                     | <b>MUNICIPIO</b><br>TERESINA                       | <b>UF</b><br>PI                    |                             |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E FIBULA DISTAL

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRATAMENTO CIRURGICO 0408050543 S828+0408050543 S826

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EF+RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                    |                          |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL | <b>CID 10 SECUNDARIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

|                                                |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>CELSON ANTONIO VENTURA<br>CPF: 000000000-00 |
| <b>CARATER</b><br>URGENCIA                     | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>18/04/2018                                                                               |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>18/04/2018 10:04       | <b>DATA ALTA</b><br>22/04/2018 08:30                                                                                |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>MELHORADO                |                                                                                                                     |

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SERIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LESÃO</b> |
|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |

### AUTORIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

|                                                                                                                           |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>CELSON PIRES FERREIRA FILHO<br>CPF: 76356353791 | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br>CPF: 76356353791 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 18 / 04 / 18

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

|                   |                                  |           |                 |
|-------------------|----------------------------------|-----------|-----------------|
| NOME DO PACIENTE: | João Batista da Silva Filho      | CPF Nº:   | 473751          |
| DIAGNÓSTICO:      | Fx de Tíbia proximal Fx de Pélo  | CIRURGIA: | Enxerto de pele |
| ANESTESIA:        | Raque Idip Fx de refração        | DA SALA:  | 06 Fer          |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Wlton                        | CRM Nº:   | 1087            |
| AUXILIAR:         | Dr. José Miguel de Andrade Filho | CPF Nº:   | 138 542 403 68  |
| ANESTESIA:        | Dr. José Miguel de Andrade Filho | CPF Nº:   | 138 542 403 68  |
| INSTRUMENTADORA:  | Wagner                           | CPF Nº:   |                 |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI 24 | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7.5 18.0     | PAR    | 03     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº              | PAR    |        |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 06     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 30     |       | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 30     |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO          | ML     | 30     |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | -      |       | PVPI TINTURA         | ML     | -      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC         | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | -      |       | SERINGA 10CC         | UNID.  | 02     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 30     |       | SERINGA 5CC          | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC          | UNID.  | -      |       |
| FORMOL                  | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO 500 | FRASCO | 02     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL        | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº                | UNID. | -      |       | Crepon               | UN     | 02     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA           |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                      |        |        |       |
| MONONYLON               | 2.0   | 02     |       |                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:          | Rose   |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                      |        |        |       |

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:24:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610240461800000012024025

Número do documento: 20102610240461800000012024025

Num. 12710893 - Pág. 67





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico pré-operatório

0108050500 - 5828

↳ fixador

0108050578 - 5826

↳ fio K

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob escoriação
- ② Anestesia + Antibiótico + Aplicação de Gaze Estéril
- ③ Acesso em Lado E
- ④ Fixação externa de fratura de Lado proximal da Esquerda
- ⑤ LMC
- ⑥ Fio de Lado Lado fixado

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DP-VAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 APR 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 185 Loja C  
Centro - Nave CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

CELSO ANTONIO ALVES  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 3018 T 0113135

Jane Simone Lima Dias de Souza  
Médica - HUP  
CONFERE ORIGINAL







**TAL DE**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**MÉDICO ASSISTENTE**

ENF. OU AP LEITQ.

LEITQ 246

REFIATÓRIO DE ENFERMAGEM

### OBSERVAÇÕES

RAIO-X REALIZADO

DATA 18 04 2018.

Técnico:

**Ediano Nogueira**  
NUTRICIONISTA  
CRN: 3716

Dieta ora! Tudo após efeito anestésico

SG 5% 1000ml EV EM 24h

34KPM19ABEV-0/64 (mm/min)

Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h

|  |               |                       |
|--|---------------|-----------------------|
|  | Tilastil 20mg | 01 amp + AD EV 12/12h |
|--|---------------|-----------------------|

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | Plasid 10 mg EV 8/8h SOS |
|--|--------------------------|

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | Nilubin 01 amp + AD EV 12/12hs SOS |
|--|------------------------------------|

 $8\text{CCGG} + \text{SSW}$ 

2) Find below 400 to 500

Quindiciato per 8/6h

Personnel 50 up 50 1 x 1/2

Quantidade de água em 12/12

CONFESIONADO ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

29 APR 2019

2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 6  
Centro-Norte Cx. P.O. 02-470  
Teresina-Pi

Chimica





## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: JOÃO BATISTA DA SILVA FILHO IDADE: 44 anos DATA: 17.04/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO: 10 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA: Físt. tubária (C) CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

| SINAIS VITAIS                   | ADMISSÃO      | SAÍDA         |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>110/68</u> | <u>109/63</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>63</u>     | <u>71</u>     |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>100%</u>   | <u>98%</u>    |
| TEMPERATURA AXILAR (°C)         |               |               |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   |               |               |
| NOME/MATRÍCULA                  | <u>Elma</u>   | <u>Elma</u>   |

## ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

|                          |                                                                                             | ADMISSÃO                              | SAÍDA                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR       | Movimenta os quatro membros                                                                 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                          | Movimenta dois membros                                                                      | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                          | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |
| RESPIRAÇÃO               | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                          | Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                          | Tem apnéia                                                                                  | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CIRCULAÇÃO               | PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                          | PA em 20-49% do nível anestésico                                                            | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                          | PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CONSCIÊNCIA              | Esta lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                          | Desperta, se solicitado                                                                     | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                          | Não responde                                                                                | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |
| SATURAÇÃO O <sub>2</sub> | É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                          | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                          | Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/>            |

## ESCALA DE DOR ADMISSÃO



## ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

 ASS. MF Aparecida Coutinho  
 COREN-PI 20057-ENE

10

 ASS. MF Aparecida Coutinho  
 COREN-PI 20057-ENE

|                   |                     |                    |         |                |                            |
|-------------------|---------------------|--------------------|---------|----------------|----------------------------|
| ( ) Sonda Vesical | ( ) Dreno de Sucção | ( ) Dreno Torácico | ( ) DVE | ( ) Colostomia | SONDA: ( ) NASOG ( ) NASOE |
| hs. mL.           | hs. mL.             | hs. mL.            | hs. mL. |                |                            |
| hs. mL.           | hs. mL.             | hs. mL.            | hs. mL. |                |                            |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:45 Admitido na SRPA em POS de 10h cirúrgico por  
fístula em tubária (C). Submetido a nequecatorrquia. Condi-  
ção, calma, consciente, respirando ar ambiente.

11:20 BCG estável e encaminhado ao AEE e estupefado

João Batista da Silva  
 Matrícula: 247467  
 SANE - PIOT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 29 ABR 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Clemente Resende, 465 Loja C  
 Centro - Niterói - RJ - CEP: 24032-900  
 Teresina - Piauí - Anestesiologia  
 CRM-PI: 50477 CRM-MA: 7286

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:24:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610240461800000012024025

Número do documento: 20102610240461800000012024025

Num. 12710893 - Pág. 70



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



24-3-1954

## REQUISIÇÃO DE PARECER

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|
| NOME <u>Jay Betink do Silva Jr (64 anos)</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | PRONTUÁRIO <u>473.751</u> |
| DA CLÍNICA <u>Interno</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | LEITO                     |
| À CLÍNICA <u>Cardiologia</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                           |
| MOTIVO DA CONSULTA<br><u># Dor no tórax</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |
| DATA: <u>16, 04, 19</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                           |
| ASS. MÉDICO CONSULTANTE<br><u>Celso Antonio Mendes Coimbra</u><br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM-PI: 3818 TEO-13135                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                           |
| PARECER<br><u>Id = 67 a</u><br><u>Reg. Mar 10 m</u><br><u>sem queixas Cardíacas</u><br><u>AC = 121 mm 2T, BMR 131</u><br><u>monofásico / normal</u><br><u>ECG = normal</u><br><u>Baixo risco p/ procedimento</u><br><u>ouzo pleu</u>                                                                                                                                                             |  |                           |
| <div>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br/>DPVAT<br/>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/>29 ABR 2019<br/>AGENTE SEGURADORA S.A.<br/>Rua Cordeiro de Resende, 465 Loja C<br/>Gentio - Niterói CEP: 64.002-470<br/>Teresina - PI</div> <div>CONFERE COMO ORIGINAL<br/>Janaína Maria dos Santos<br/>Médica: 027467<br/>SUS - HUT</div> <div>Dr. Antônio Vieira de Jesus<br/>Cardiologista<br/>CRM: 2135 - PI</div> |  |                           |

DATA: 17 04 18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA





Sebastião ...  
02/24/03/54, 640  
conceder - ortopedia ECG 16/04/18  
07:20:30a

Simone Lima Dias de  
Matr: 047467  
E - PUT  
CONF. COM ORIG.

Handwritten text on a grid background, appearing to be a medical or legal document. The text is written in a cursive script and is mostly illegible due to the grid and the handwriting style. It seems to be a series of lines of text, possibly a list or a narrative.



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374612/19

**Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

**CPF:** 570.900.097-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

#### JOSE BATISTA DA SILVA FILHO : 570.900.097-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019  
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS  
CPF: 098.038.499-05

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190605824 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO (PG. 9).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                              | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 2005010011856

CPF: 570.900.097-34

Profissão: MOTOREISTA

Endereço: R. JOÃO ZOSA 3559

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: 86 9472.9591 / 8807.7870

OUTORGADO: data do acidente: 15.04.2018

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI

CEP: 64.000-090

Telefone: ( 86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

TERESINA 20 JUNHO 2018

Jose B da Silva Filho

Local e Data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:24:05

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610240461800000012024025>

Número do documento: 20102610240461800000012024025



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190605824 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO (PG. 9).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

