

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: ANTONIO FABIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000030871-0

---

Nr. da Autenticação B44D25EE9BE3BB0C

52,60 CARGA: 002  
IRREG.: 000 COLETOR: 4031



Para contato  
conheça, informe  
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

1221519-8

EQUATORIAL PAÍS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ 06.840.745/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autossuficiente pela DEFAZ 06/99

Nº da Nota Fiscal: 45005515

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS VENCIMENTO  
**SETEMBRO/2020 22/09/2020**  
CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)  
**33 18,72**

EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA  
LC LAGES 5/N - B-RURAL  
CPF: 00034063650359  
CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS

ROT: 110.053.10.82.378200

| DADOS DA LEITURA            | kWh                       | DATAS DA LEITURA            |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Atual:                      | 4095                      | Atual: 15/09/2020           |
| Anterior:                   | 4062                      | Anterior: 14/08/2020        |
| Constante de Multiplicação: | 1,000                     | Próxima Leitura: 14/10/2020 |
| Consumo Medido:             | 33                        | Emissão: 14/09/2020         |
| Consumo Faturado:           | 33                        | Apresentação: 15/09/2020    |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL                    | Dias de Consumo: 32         |
|                             | Código de Irregularidade: |                             |

| Classo/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Medida 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|-----------------|
| RURAL            | MONO    | A1191263       |       | 4.7.2.1     | 34              |

| HISTÓRICO kWh   | CONSUMO | DESCRIÇÃO DA CONTA        |
|-----------------|---------|---------------------------|
| Mês/ano consumo |         |                           |
| AGO/20 27       |         | 33 A R\$ 0,567499 = 18,72 |
| JUL/20 28       |         |                           |
| JUN/20 37       |         |                           |
| MAI/20 36       |         |                           |
| ABR/20 39       |         |                           |
| MAR/20 33       |         |                           |
| FEV/20 37       |         |                           |
| JAN/20 40       |         |                           |
| DEZ/19 33       |         |                           |
| NOV/19 35       |         |                           |

TARIFA SOCIAL  
0 4 00 - 3.431224



### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

"REDUÇÃO TARIFARIA MEDIA DE 7,16% A PARTIR DE 02/09/2020, CONFORME  
E DESPACHO ANEEL N 2541/2020."  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 14/09/2020, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

| RESERVADO AO FISCO          |        | F162.35F9.1A21.7CF8.125B.170C.DCB2.6BA0 |         |
|-----------------------------|--------|-----------------------------------------|---------|
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$   |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$                 |         |
| Distribuição:               | 4,19   | Base de Cálculo:                        | 18,72   |
| Energia:                    | 8,05   | Alíquota ICHS:                          | 22,00%  |
| Transmissão:                | 1,36   | Valor do ICHS:                          | 4,11    |
| Encargos:                   | 0,66   | Valor do PIS:                           | 0,06    |
| Tributos:                   | 4,46   | Valor do COFINS:                        | 0,29    |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE |        |                                         |         |
|                             | DEC    | PRC                                     | OPRC    |
|                             | Normal | Normal                                  | Normal  |
| Unidade                     | 12,35  | 24,71                                   | 49,42   |
| Residual                    | 2,94   | 8,42                                    | 16,84   |
| Conjunta                    |        | 33,68                                   | 6,79    |
|                             |        | 2,00                                    | 1,92    |
|                             | ALTOS  |                                         | 07/2020 |
|                             |        |                                         | 10,62   |



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

6132

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Dados do Chamado                           | 01 N° do chamado<br>6132                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02 Data do chamado<br>21.05.2010                                                                                                              | 03 PRO (código)<br>2908                                                                                                                                                                                    | 04 Saída do PA<br>20.11.15                                                                                                                                                                        | 05 Chegada ao local<br>20.12.12 |
|                                            | 06 Saída do local<br>20.14.13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 07 Chegada ao 1º hospital<br>20.15.15                                                                                                         | 08 Saída do 1º hospital                                                                                                                                                                                    | 09 Chegada ao 2º Hospital                                                                                                                                                                         |                                 |
| Local da Ocorrência                        | 10 Endereço<br>UPA Menesena                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 11 Bairro                                                                                                                                     | 12 Município-UF                                                                                                                                                                                            | Código IBGE                                                                                                                                                                                       |                                 |
|                                            | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
| Dados do Paciente                          | 14 Nome<br>Antonio Fabio de Sousa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 15 Sexo<br>1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado                                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|                                            | 16 Idade<br>29 anos<br>1-Dia<br>2-Mês<br>3-Anos<br>9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se idade ignorada, preencha com 999                                                                                                           | 17 Indicadores de ingestão de bebida alcoólica?<br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
| Tipo de Ocorrência                         | 18 Tipo de ocorrência<br>01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica<br>06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico<br>11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares<br>16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado                                                                                                                                                                      | Hur                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|                                            | 19 Vitima<br>1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 20 Meio de locomoção<br>1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta<br>5 - Ônibus/Micro-ônibus<br>6 - Outro<br>9 - Ignorado | 21 Outra parte envolvida<br>1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta<br>5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado                                     | 22 Equipamentos de segurança<br>Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/><br>Cinto de segurança <input type="checkbox"/><br>Assento para criança <input type="checkbox"/> |                                 |
| Exame Físico                               | 23 Glasgow = 15<br>ABERTURA OCULAR<br>4 - Espontânea<br>3 - À voz<br>2 - À dor<br>1 - Nenhuma<br>RESPOSTA VERBAL<br>5 - Orientada<br>4 - Confusa<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Nenhuma<br>RESPOSTA MOTORA<br>6 - Obedece a comandos<br>5 - Localiza dor<br>4 - Movimento de retirada<br>3 - Flexão anormal<br>2 - Extensão anormal<br>1 - Nenhum                                                                                                                                                                                                                                                               | 24 Sinais Vitais<br>Pulso 68<br>Resp. PA 20/70<br>TAX. 98%<br>25 Local da lesão                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|                                            | 26 Pupilas<br>1 - Iguais<br>2 - Desiguais<br>27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/><br>1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente<br>28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/><br>1 - Sim 2 - Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10                                                                        | 30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
| Assistência                                | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br><input type="checkbox"/> Aspição <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia<br><input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso<br><input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|                                            | 32 Hospital de Destino<br>HUI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 33 Condições de entrada <input type="checkbox"/><br>1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado                                                       |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
| Hospital de Destino                        | 34 Óbito<br><input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 35 Não Removido <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|                                            | Observações Interdisciplinar<br>Paciente vítima de acidente motorizado, com fratura em<br>femur e sangramento importante.<br>Recebeu 2 SDO e de Ringer<br>Em cabotei 1500 90/min.<br>CONFERE COM O ORIGINAL<br>Marta Veloso Cantanhede<br>Gerente Administrativa SAMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                 |
| Responsável pela recepção<br>Camilo Borges |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Socorristas Médico<br>AEITE<br>Socorrista<br>Socorrista                                                                                       |                                                                                                                                                                                                            | Enfermeiro<br>Conductor<br>Adelina                                                                                                                                                                |                                 |



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA  
DR. ZENON ROCHA**

NOME DO PACIENTE: Antônio Fábio de Sousa  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 342519

**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 3218 5445

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

BUCOMAXILO

NEURO OK

C. L. GERALOR

317387

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

NHEO  
05/06/2020  
Nascimento

Imp: 31/05/2020 21:05:02

(User: VICTOR NOGUEIRA)

(Estação: SALATRA/MAN)

Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA

Prontuário: 342519

Mãe: MARIA ROSARIA DE JESUS

Pai: EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA

End. Resid.: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI - CEP: 64390-000

Nascimento: 29/04/1996

Idade: 24a1m2d

Sexo: Masculino

Fone: 86- 9492-7313

Responsável: FRANCISCO DE SOUSA

CNS: 898003455552902

Profissão: FRENTISTA

Documento: CPF: 062.242.813-60

G. Instrução: Médio Incompleto

E. Civil: Solteiro(a)

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 780790

Entrada: 31/05/2020 20:56:50

Convênio: S U S

Proced: 0301060061

Motivo da Procura

(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Indefinido

Breve História Clas. Risco:

TOMOGRAFIA REALIZADA  
DATA 31/05/20 HORA 21:15h  
EXAME CRANIO+FACE  
TECNÓLOGO: [Assinatura]

SSVV:

(Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

Peso: 0,00 Kg

Altura: 0,00 M

IMC: 0,00 Kg/m2

Pulso:

bpm

Pressão:

mmHg

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL A D, EPISTASE E CORTE EM LABIO INFERIOR SUGERINDO FRATURA DE MANDIBULA

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO;

B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2 97, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS;

C: , BNF EM 2T, S/ SOPROS, Pelve estável, abdome flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS; PA11,5

D G15

E: ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO E

RAIO-X REALIZADO  
DATA 31/05/20

Diagnóstico Inicial:

Técnico: [Assinatura]

CID:

### Exames Complementares:

(1527557) - T.C. DE FACE

(1527558) - T.C. DE CRÂNIO

(1527561) - TORAX PA

04.04.020 500

cirl= 502.6

Elayne Medeiros R. de Oliveira  
SAMU - HUT  
Confere com o Original

### Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

### Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: :

Dra. Camila Botelho  
MÉDICA  
CRM-PI 7212

Assinatura Paciente ou Responsável

VICTOR ULISSES NOGUEIRA  
CRM: 3921 Em: 31/05/2020 21:05:51

NEUROLINGUA 3/105/2020 12:00

PACIENTE VITIMA DE TCE APÓS COLISÃO MOTOR  
MOTO HOJE POR VOLTA DAS 16h.

AO EXAME: GCS 15, PUPILAS 120 FOTOS,  
SEM DEFICIT MOTOR, SEM DOR A PALPAÇÃO  
CERVICAL.

TCC: PEQUENO PNEUMOTÓRAX FRONTAL  
D, SEM EFEITO HEMORRÁGICO, UM CONTOURADO  
CORTICAL BASTANTE LARGO. ~~LESÃO~~ DE FRATURA  
NA COMPLEXA DE FACE.

CD. 1) ATUA NA NEUROLINGUA. SEM  
INDICAÇÃO DE CIRURGIA

2) AOS QUATRO CRMF

3) SUBITO REPERIR TCC c/ 24h.

# Cirurgia Geral

4:30 3/16/20

Rx torax sem anormalidades.  
Sem alterações ao exame.

Cita da Cirurgia Geral

10:30 ~ Cirurgia Plástica

Ref. c/ urgência a complexa lesão de face  
intensa c/ 16h de evolução. OBS. Guiza, Aprov. dos

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAMEO HUT  
Confira com o Original

Dr. Kássio Alencar Rodrigues  
Neurocirurgia  
CRM-MA 11215

Dr. Bruno Calazá Ribeiro  
Cirurgia Plástica  
CRM 3543 / RJ

Gleydson Freire  
CRM-PI 5430/MA 8857



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

NOME Antonio Fabio de Sousa IDADE 24 anos DATA 09/06/2020

HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Descompressão de COEM CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO          |                 |
|---------------------------------|------------------|-----------------|
|                                 | ADMISSÃO         | SAÍDA           |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>140 X 83</u>  | <u>127 X 75</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>101</u>       | <u>85</u>       |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>99%</u>       | <u>97%</u>      |
| TEMPERATURA AXILAR (O° C)       | <u>-</u>         | <u>-</u>        |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   | <u>-</u>         | <u>-</u>        |
| NOME/ MATRÍCULA                 | <u>Anuncição</u> | <u>-</u>        |

## ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

| ATIVIDADE MUSCULAR                                                                          |   | ADMISSÃO                                                           |                                       |                                       | SAÍDA                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Movimenta os quatro membros                                                                 | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Movimenta dois membros                                                                      | 1 | 1 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> |
| É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0 | 0 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| RESPIRAÇÃO                                                                                  |   |                                                                    |                                       |                                       |                                       |
| É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | 1 | 1 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tem apnéia                                                                                  | 0 | 0 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| CIRCULAÇÃO                                                                                  |   |                                                                    |                                       |                                       |                                       |
| PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| PA em 20-49% do nível anestésico                                                            | 1 | 1 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> |
| PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0 | 0 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| CONSCIÊNCIA                                                                                 |   |                                                                    |                                       |                                       |                                       |
| Esta lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Desperta, se solicitado                                                                     | 1 | 1 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Não responde                                                                                | 0 | 0 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/>                              | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 | 0 <input checked="" type="checkbox"/>                              | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| ALA DOR ADMISSÃO                                                                            |   |                                                                    |                                       |                                       |                                       |
| ESCALA DE DOR ALTA                                                                          |   |                                                                    |                                       |                                       |                                       |
| TOTAL                                                                                       |   | <u>09</u>                                                          |                                       |                                       |                                       |
| ASS.                                                                                        |   | <u>M<sup>te</sup> Jardenma de Oliveira</u><br>COREN-PI 434.183-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: Paciente admitido na SRPA em pós de descompressão de COEM; Reforço analgésico, 97%

M<sup>te</sup> Jardenma de Oliveira  
COREN-PI 434.183-ENF

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAMEC HUT  
Conferir com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dra. Yanna Nunes  
Anestesiologista  
CRM - 5035

ALTA SRPA

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

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) MORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD

P. 11 - Relato

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

|                                 |                        |                   |                                                        |            |          |            |
|---------------------------------|------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------|------------|----------|------------|
| NOME                            | Antonio Fabio de Sousa |                   | IDADE                                                  | _____ anos | DATA     | 17/06/2020 |
| HORÁRIO DE ADMISSÃO             | 17h 20 min             | TIPO DE ANESTESIA | GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO |            |          |            |
| CIRURGIA REALIZADA              | murelion               |                   |                                                        |            |          | CIRURGIÃO  |
| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO                |                   |                                                        |            |          |            |
|                                 | ADMISSÃO               |                   |                                                        |            | SAÍDA    |            |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | 139 x 85 mmHg          |                   |                                                        |            | 114/64   |            |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | 109 bpm                |                   |                                                        |            | 80       |            |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | 100 %                  |                   |                                                        |            | 99 %     |            |
| TEMPERATURA AXILAR (O° C)       |                        |                   |                                                        |            |          |            |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   | ✓                      |                   |                                                        |            |          |            |
| NOME/ MATRÍCULA                 | Sousa                  |                   |                                                        |            | Lauelene |            |

## ÍNDICE DE ALDRÉTEE KROULIK

| ATIVIDADE MUSCULAR                                                                       |   |  | ADMISSÃO                              |                            |                            | SAÍDA                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Movimenta os quatro membros                                                              | 2 |  | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Movimenta dois membros                                                                   | 1 |  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input 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"/> | 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 type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                            | 1 |  | 1 <input type="checkbox"/>            | 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"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| CIRCULAÇÃO                                                                               |   |  |                                       |                            |                            |                            |
| PA em 20% do nível pré-anestésico                                                        | 2 |  | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| PA em 20-49% do nível anestésico                                                         | 1 |  | 1 <input type="checkbox"/>            | 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"/> | 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 type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Desperta, se solicitado                                                                  | 1 |  | 1 <input type="checkbox"/>            | 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"/> | 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 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"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com aumento de O <sub>2</sub> | 0 |  | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

|                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| ESCALA DE DOR      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ESCALA DE DOR ALTA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

TOTAL

ASS.

COREN-PI 305.025-ENF

|                   |                     |                    |         |                |                           |
|-------------------|---------------------|--------------------|---------|----------------|---------------------------|
| ( ) Sonda Vesical | ( ) Dreno de Sucção | ( ) Dreno Torácico | ( ) DVE | ( ) Colostomia | Sonda ( ) Nasog ( ) Nasoe |
| hs 50 mL          | hs mL               | hs mL              | hs mL   |                |                           |
| hs 5 mL           | hs mL               | hs mL              | hs mL   |                |                           |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em  
por de estereotaxia de murelion segue calma  
19:46 - Paciente encaminhado para clínica neuro.

Elayne M. de Oliveira  
COREN-PI 305.150-ENF

Carla Maria de Souza  
Coren-PI 305.025-ENF

Elayne M. de Oliveira  
SANE - HUT  
Conferir com o Original

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## ALTA SRPA

Dr. Eduardo Ramos  
Anestesiologia  
HORÁRIO: 18h / RQE: 2864  
ANESTESIOLOGISTA

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

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







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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>264634</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                     |                                 |                          |                            |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5-Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>                               | 6 - Prontuário: <b>342519</b>   |                          |                            |
| 7-CNS: <b>898003455552902</b>                                       | 8-Nascimento: <b>29/04/1996</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | CPF: <b>062.242.813-60</b> |
| -Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>                                 | 12-Fone: <b>86- 9492-7313</b>   |                          |                            |
| 13-Resp: <b>FRANCISCO DE SOUSA</b>                                  | 14-Fone: <b>86- 9492-7313</b>   |                          |                            |
| 15-Ender: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000</b> | 17-Cod.IBGE: <b>220330</b>      | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64390-000</b>   |
| 16-Munic: <b>DEMerval LOBAO</b>                                     |                                 |                          |                            |

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

|                                                               |                                                                                                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.<br><b>0404030068</b>                   | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO</b>            |                                     |
| 31-Cod.Procedi-<br>mento Especial<br><b>0702050482</b>        | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b> | Quant. Soli-<br>cidata:<br><b>2</b> |
| Fornecedor da OPM: <b>GE HOSPITALAR - NF: D161094</b>         |                                                                                                                     |                                     |
| 38-Profissional Responsável:<br><b>MATIAS ARAUJO DA SILVA</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                                                                                     | 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)        |
| Data Solicitação:<br><b>09/06/2020</b>                        | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>096.850.493-00</b>                                                                    |                                     |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

|                      |
|----------------------|
| <br><br><br><br><br> |
|----------------------|

**AUTORIZAÇÃO**

|                                                                     |                                    |                              |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                              | 47-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 48-CNS/CPF:                  |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                              |                                    |                              |
|                                                                     |                                    | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |
| 50. Nome do Profissional/parecer controle<br>de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 52-CNS/CPF:                  |
|                                                                     |                                    | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

(CECILIA BRITO)

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAMEO HUT  
Confere com o Original



E-mail: [spinemedical@spinemedical03.com](mailto:spinemedical@spinemedical03.com)

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



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>265072</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                     |                                 |                          |                            |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5-Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>                               | 6 - Prontuário: <b>342519</b>   |                          |                            |
| 7-CNS: <b>89800345552902</b>                                        | 8-Nascimento: <b>29/04/1996</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | CPF: <b>062.242.813-60</b> |
| 10-Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>                               | 12-Fone: <b>86- 9492-7313</b>   |                          |                            |
| 11-Resp: <b>FRANCISCO DE SOUSA</b>                                  | 14-Fone: <b>86- 9492-7313</b>   |                          |                            |
| 15-Ender: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000</b> | 17-Cod. IBGE: <b>220330</b>     | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64390-000</b>   |
| 16-Munic: <b>DEMERVAL LOBAO</b>                                     |                                 |                          |                            |

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

|                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.<br><b>0404020518</b>                                | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA</b>                      |                                                                                                         |
| 31-Cod.Procedi-<br>mento Especial<br><b>0702050482</b>                     | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b> | Quant. Soli-<br>cidada:<br><b>4</b>                                                                     |
| Fornecedor da OPM: <b>SPINE</b>                                            |                                                                                                                     |                                                                                                         |
| 38-Profissional Responsável:<br><b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                                                                                     | Dr. José Carlos de O. G. Filho<br>Cirurgia Bucimaxilofacial<br>CRO-PI 2200<br>Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) |
| 41-Data Solicitação:<br><b>17/06/2020</b>                                  | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>957.650.423-68</b>                                                                    |                                                                                                         |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Intem to Maxil De E*

**AUTORIZAÇÃO**

|                                                                     |                                    |                              |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                              | 47-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 48-CNS/CPF:                  |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                              |                                    |                              |
|                                                                     |                                    | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |
| 50. Nome do Profissional/parecer controle<br>de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 52-CNS/CPF:                  |
|                                                                     |                                    | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

(ANTONIO EURIVAN)

Elayne Melo R. de Oliveira  
SAMS - HUT  
Confere com o Original



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>265072</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                   |                                 |                          |                            |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5-Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>                             | 6 - Prontuário: <b>342519</b>   |                          |                            |
| 7-CNS: <b>898003455552902</b>                                     | 8-Nascimento: <b>29/04/1996</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | CPF: <b>062.242.813-60</b> |
| 10-Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>                             | 12-Fone: <b>86- 9492-7313</b>   |                          |                            |
| 11-Resp: <b>FRANCISCO DE SOUSA</b>                                | 14-Fone: <b>86- 9492-7313</b>   |                          |                            |
| 15-End: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000</b> |                                 |                          |                            |
| 16-Munic: <b>DEMERVAL LOBAO</b>                                   | 17-Cod.IBGE: <b>220330</b>      | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64390-000</b>   |

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

|                                                        |                                                                                                                     |                                     |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.<br><b>0404030327</b>            | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL</b>                                    |                                     |
| 31-Cod.Procedi-<br>mento Especial<br><b>0702050482</b> | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b> | Quant. Soli-<br>cidada:<br><b>4</b> |
| Fornecedor da OPM: <b>SPINE</b>                        |                                                                                                                     |                                     |

|                                                                            |                                                  |                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38-Profissional Responsável:<br><b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                  | <b>Dr. Jose Carlos de O. G. Filho</b><br><b>Cirurgia Bucomaxilofacial</b><br><b>PRO-PI 2200</b><br><b>41-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)</b> |
| 42-Data Solicitação:<br><b>17/06/2020</b>                                  | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>957.650.423-68</b> |                                                                                                                                          |
|                                                                            |                                                  |                                                                                                                                          |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

|                                   |
|-----------------------------------|
| <i>Filho front + orbita D e E</i> |
|-----------------------------------|

**AUTORIZAÇÃO**

|                                                                     |                                    |                              |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                              | 47-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 48-CNS/CPF:                  |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                              |                                    |                              |
|                                                                     |                                    | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |
| 50. Nome do Profissional/parecer controle<br>de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>/ /</b> | 52-CNS/CPF:                  |
|                                                                     |                                    | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

(ANTONIO EURIVAN)

*Elayne Mendes de Oliveira*  
**SAME - HUT**  
Confere com o Original





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



FMS

Fundação Municipal  
de Saúde

Fls Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17, 06, 20

|                                 |                        |                |        |
|---------------------------------|------------------------|----------------|--------|
| NOME DO PACIENTE                | Antonio Fabio de Sousa | PROTÓTIPO Nº   | 342519 |
| DIAGNÓSTICO:                    |                        | CIRURGIA:      |        |
| ANESTESIA: Ocular               |                        | Nº DA SALA: 08 |        |
| CIRURGIÃO: José Carlos          |                        | CPF Nº         |        |
| AUXILIAR:                       |                        | CPF Nº         |        |
| ANESTESIA: Dr. Emanoel          |                        | CPF Nº         |        |
| INSTRUMENTADORA: Claudete Assis |                        | CPF Nº         |        |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                             | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------------------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI 15                      | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 03     |       | LUVA Nº 70 175                            | PAR    | 03     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 03     |       | LUVA Nº                                   | PAR    |        |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | -      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                      | PAR    | 09     |       |
| ÁLCOOL 70%              | ML    | 50     |       | PVPI DE GERMANTE                          | ML     | 80     |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO                               | ML     | 80     |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | -      |       | PVPI TINTURA                              | ML     | -      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC                              | UNID.  | 03     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | -      |       | SERINGA 10CC                              | UNID.  | 03     |       |
| PARADRAPO               | CM    | 80     |       | 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. | -      |       |                                           |        |        |       |
| 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               | 5-0   | 02     |       | Enfermeira:<br>CIRCULANTE: Rosy / Ednaldo |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       |                                           |        |        |       |
| VICRYL                  | 4-0   | 06     |       |                                           |        |        |       |
| PROLENO                 |       |        |       |                                           |        |        |       |

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original



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

# RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Paciente:

Nome:

ANTONIO FABIO DE SOUSA

Prontuário:

342519

Cod. Internação:

265072

Mãe:

MARIA ROSARIA DE JESUS

Nascimento:

29/04/1996

Cartão SUS:

898003455552902

Equipe:

Cirurgião:

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO (CPF:

1o. Aux.:

(CPF: )

2o. Aux.:

(CPF: )

3o. Aux.:

(CPF: )

Instrumentador:

(CPF: )

Anestesista:

(CPF: )

Localização:

Data Cirurgia:

17/06/2020

Início:

10:00

Fim:

16:00

Tipo Cirurgia:

BUCO

Tipo Anestesia:

GERAL

Sala Cirúrgica:

?

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fraturas múltiplas do 1/3 médio da face

Relatório Imediato do Patologista:

não possui

Acidente Durante a Operação:

não houve

Diagnóstico Pós-Operatório:

Fraturas das órbitas D e E, maxilas D e E, nariz, frontal e Zigoma D e E

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

1 ANTISSEPSE DA FACE

2 MONTAGEM DOS CAMPOS ESTÉREIS

3 ACESSO SUBTARSAL D e E + ACESSO À SUTURA FRONTO-ORBITAL D e E + ACESSO MAXILAR + ACESSO INTERSUPERCILIAR

4 OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA + OSTEOPLASTIA FRONTO-ORBITAL

5 SUTURA

Código:

Descrição:

Proc. Rea:

Proc. Princ.:

Valor SH.:

Valor SP.:

415030013

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Sim

Não

0,00

0,00

0404020518

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA

Não

Não

440,67

186,66

0404030327

OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL

Não

Não

400,35

224,06

Jr. José Carlos de O. G. Filho  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-PI 2200

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original

# FOLHA DE ANESTESIA



|                               |               |                                     |                |              |                |            |
|-------------------------------|---------------|-------------------------------------|----------------|--------------|----------------|------------|
| NOME DO PACIENTE              |               | UNIDADE DE SAÚDE                    |                |              |                |            |
| DATA:                         | P. ARTERIAL   | PULSO                               | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA  | Nº DE REGISTRO |            |
| EXAMES DE SANGUE              | GR. SANGÜÍNEO | HEMATIMETRIA                        | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | PESO           | ALTURA     |
| EXAMES DE URINA               |               |                                     |                |              | GLICEMIA       | DOS. URÉIA |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA           |               |                                     |                |              |                |            |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO          |               |                                     |                |              |                |            |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO          |               |                                     |                |              |                |            |
| SISTEMA DIGESTIVO             |               |                                     |                |              |                |            |
| ESTADO MENTAL                 |               |                                     |                |              |                |            |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO    |               |                                     |                |              |                |            |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) |               |                                     |                |              |                |            |
| AGENTES ANESTÉSICOS           |               | APLICADO AS                         |                |              |                | EFEITOS    |
| LÍQUIDOS                      |               | TOTAL DE DOSES                      |                |              |                |            |
| TEMPERATURA T                 |               | SEQUÊNCIA                           |                |              |                |            |
| P ARTERIAL V O PULSO          |               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |                |              |                |            |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X      |               |                                     |                |              |                |            |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO         |               |                                     |                |              |                |            |
| RESPIRAÇÃO O                  |               |                                     |                |              |                |            |
| SÍMBOLOS                      |               | DURAÇÃO                             |                |              |                |            |
| TÉCNICAS                      |               | INCIDENTE - ACIDENTE                |                |              |                |            |
| OPERAÇÕES                     |               | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS  |                |              |                |            |
| CIRURGIÕES                    |               |                                     |                |              |                |            |
| ANESTESISTAS                  |               |                                     |                |              |                |            |
| PARITICULARIDADES             |               |                                     |                |              |                |            |



No. da Autorização de Internação Hospitalar (ATH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>264624</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                      |                                 |                          |                            |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5-Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>                                | 6 - Prontuário: <b>342519</b>   |                          |                            |
| 7-CNS: <b>898003455552902</b>                                        | 8-Nascimento: <b>29/04/1996</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | CPF: <b>062.242.813-60</b> |
| 10-Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>                                | 12-Fone: <b>86- 9492-7313</b>   |                          |                            |
| 11-Resp: <b>FRANCISCO DE SOUSA</b>                                   | 14-Cor: <b>Sem Informação</b>   |                          |                            |
| 15-Endere: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000</b> |                                 |                          |                            |
| 16-Munic: <b>DEMERVAL LOBAO</b>                                      | 17-Cod.IBGE: <b>220330</b>      | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64390-000</b>   |

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

|                                                                                                                                                                                                                        |              |              |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>Paciente politraumatizado com multipas fraturas de face e precaria abertura da bco impossibilitando entubação para cirurgia da Buco. Necessitou de traqueostomia</b> |              |              |               |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br><b>Necessidade de cirurgia</b>                                                                                                                                          |              |              |               |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><b>ame fisico</b>                                                                                                               |              |              |               |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br>(Informação Posterior)                                                                                                                                                                      | 24-CID Prim: | 25-CID Sec.: | 26-CID Terc.: |

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|                                                                                      |                                                                                |                                                                                                                              |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.:<br><b>0415030013</b>                                                 | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO</b> | Tempo SUS<br><b>9999</b>                                                                                                     |                                               |
| 29-Clinica:                                                                          | 30-Caráter: Ident.: <b>02</b>                                                  | 31-Docum.: <b>01</b>                                                                                                         | 32-Doc. Méd. Solic.:<br><b>773.383.833-91</b> |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>09/06/2020</b>                                      | 35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)<br><b>William Wobber C. Barros</b><br><b>Cirurgia Geral e Oncológico</b><br><b>CRM-PI 2472</b> |                                               |

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

|                                                                                                                               |                     |                  |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 36- ( ) Acidente de Trânsito                                                                                                  | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No.Bilhete:   | 41-Série: |
| 37- ( ) Acidente Trabalho Típico                                                                                              | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOR:  |
| 38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                                                             |                     |                  |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência:<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |                  |           |

**AUTORIZAÇÃO**

|                                        |                      |                                                                                                |
|----------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: | Elayne M. R. de Oliveira<br>SAE - HUT<br>Confere com o Original                                |
| 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF       | 49-Num. Documento:   |                                                                                                |
| 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)           |                      | 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:                                                       |
|                                        |                      | Usuário: (WOBBER)<br>Consulta Local: 780790<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 09/06/2020 09:42:37 |



|                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE<br>INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | Nº LAUDO: 317387   |
|                                                                | AIH: 2220101438522 |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                      |                    |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                          |                                            |                          |                                       |                                   |
|--------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| CARTÃO SUS               | NOME DO PACIENTE<br>ANTONIO FABIO DE SOUSA | NASCIMENTO<br>29/04/1996 | SEXO<br>M                             | PRONTUÁRIO<br>342519              |
| DOCUMENTO                | CPF                                        | TELEFONE                 | NOME DA MÃE<br>MARIA ROSARIO DE JESUS | RESPONSÁVEL<br>FRANCISCO DE SOUSA |
| CEP                      | ENDEREÇO - LOGRADOURO<br>R GURUPI          |                          |                                       | NUMERO / LOTE                     |
| BAIRRO<br>NOVO HORIZONTE | COMPLEMENTO                                | MUNICÍPIO<br>TERESINA    | UF<br>PI                              |                                   |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL A D. EPISTASE E CORTÉ EM LABIO INFERIOR SUGERINDO FRATURA DE MANDIBULAA: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR A PALPAÇÃO; B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2 97, MURMURIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS; C: BNF EM 2T, S/ SOPROS, PÉLVE ESTÁVEL, ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS; PA11.5D G15 E; ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO E

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

EXAME FISICO,RX TOMOGRAFIA

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                                                                                   |                   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL<br>J960 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | CID 10 SECUNDARIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                        |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LEITO/CLÍNICA<br>CIRURGIA GERAL                        | PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))<br>WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS<br>CPF: 77338383391 CRM: |
| CARÁTER<br>URGÊNCIA                                    | DATA SOLICITAÇÃO<br>31/05/2020                                                                                          |
| DATA ADMISSÃO<br>31/05/2020 20:56                      | DATA ALTA<br>17/06/2020 15:09                                                                                           |
| MOTIVO ALTA<br>PERMANENCIA POR MUDANCA DE PROCEDIMENTO |                                                                                                                         |

### 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

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))<br>CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA<br>CPF: 19940017391 CRM: | NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA<br>Elayne Mendes R. de Oliveira<br>SAME - HUT<br>Confere com o Original<br>CPF: CRM: DATA ANALISE: |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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



FMS

Fundação Municipal  
de Saúde

Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09 / 06 / 20

|                                                 |                              |
|-------------------------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Fabio de Sousa</u> | PRONTUÁRIO N°: <u>342519</u> |
| DIAGNÓSTICO:                                    | CIRURGIA:                    |
| ANESTESIA: <u>Araral</u>                        | N° DA SALA: <u>08</u>        |
| CIRURGIÃO:                                      | CPF N°                       |
| AUXILIAR:                                       | CPF N°                       |
| ANESTESIA: <u>Pedro</u>                         | CPF N°                       |
| INSTRUMENTADORA: <u>Jacksony</u>                | CPF N°                       |

• MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                                                              | UNID.                         | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI 15                                                                                       | UNID.                         | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 01     |       | LUVA N° 8.0                                                                                                | PAR                           | 03     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. |        |       | LUVA N°                                                                                                    | PAR                           |        |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. |        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                                                                                       | PAR                           | 06     |       |
| ÁLCOOL 70%              | ML    | 300    |       | PVPI DE GERMANTE                                                                                           | ML                            | 50     |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  |        |       | PVPI TÓPICO                                                                                                | ML                            | 50     |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    |        |       | PVPI TINTURA                                                                                               | ML                            |        |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC                                                                                               | UNID.                         |        |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. |        |       | SERINGA 10CC                                                                                               | UNID.                         | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    |        |       | SERINGA 5CC                                                                                                | UNID.                         | 01     |       |
| ESCALPE N°              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC                                                                                                | UNID.                         |        |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO                                                                                           | FRASCO                        | 04     |       |
| GASES                   | PAC.  | 05     |       | SONDA URETRAL                                                                                              | UNID.                         |        |       |
| JELCO N°                | UNID. |        |       | <u>veonua</u>                                                                                              | UN                            | 03     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA<br><u>eu per - 01</u><br><br>Ellayne Mendes de Oliveira<br>SAME - GUT<br>Confere com o Original |                               |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |       |        |       |                                                                                                            |                               |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                                                                                                            |                               |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |       |        |       |                                                                                                            |                               |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |       |        |       |                                                                                                            |                               |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                                                                                                            |                               |        |       |
| MONONYLON               |       |        |       | ENFERMARIA:                                                                                                | <u>Saline</u><br><u>Jayus</u> |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | CIRCULANTE:                                                                                                |                               |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       |                                                                                                            |                               |        |       |
| PROLENO                 |       |        |       |                                                                                                            |                               |        |       |



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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

### Paciente:

Nome:

ANTONIO FABIO DE SOUSA

Mãe:

MARIA ROSARIA DE JESUS

Prontuário:

342519

Cod. Internação:

264624

Nascimento:

29/04/1996

Cartão SUS:

89800345552902

### Equipe:

Cirurgião:

WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS (CPF: 773.023.313-11)

1o. Aux.:

RAPHAEL REBELO SOUSA (CPF: 993.808.623-34)

2o. Aux.:

(CPF: )

3o. Aux.:

(CPF: )

Instrumentador:

(CPF: )

Anestesiista:

(CPF: )

Localização:

Data Cirurgia:

09/06/2020

Início:

09:00

Fim:

09:35

Tipo Cirurgia:

(GERAL)

Tipo Anestesia:

?

Sala Cirúrgica:

?

### Diagnóstico Pré-Operatório:

Fraturas de face

### Relatório Imediato do Patologista:

### Acidente Durante a Operação:

### Diagnóstico Pós-Operatório:

Fraturas de face

### Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Assepsia e antisepsia;
2. Campos estereis;
3. Infiltração com lidocaina em região cervical anterior;
4. Incisão longitudinal cervical mediana;
5. Dierese por planos;
6. Identificação e abertura de traqueia seguido de introdução de cânula n°8,0;
7. Fixação de cânulas + curativos.

Código:

Descrição:

Proc.Rea:

Proc.Princ.:

Valor SH.:

Valor SP.:

0415030013

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Sim

Não

0,00

0,00

0404020500

OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

Não

Não

405,87

183,26

104010377

TRAQUEOSTOMIA

Não

Não

394,07

160,66

*William Wobber C. Barros*  
Cirurgia Geral e Oncológica  
CRM-PI 2772

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/2020

|                                             |                       |
|---------------------------------------------|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE: Antônio Fabrício de Jesus | PRONTUÁRIO Nº: 342519 |
| DIAGNÓSTICO:                                | CIRURGIA:             |
| ANESTESIA: Geral                            | Nº DA SALA: 08        |
| CIRURGIÃO: Dr. Carlos Eduardo               | CPF Nº                |
| AUXILIAR: Reni                              | CPF Nº                |
| ANESTESIA: Dr. Pedro                        | CPF Nº                |
| INSTRUMENTADORA: Inês + Quênia              | CPF Nº                |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI 15,24 | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 8-0             | PAR    | 06     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº -               | PAR    | -      |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | -      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR    | 06     |       |
| ÁLCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE        | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 02     |       | PVPI TÓPICO             | ML     | 200    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    |        |       | PVPI TINTURA            | ML     |        |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC            | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC            | UNID.  | 02     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC             | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC             | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO        | FRASCO | 04     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL           | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº 20             | UNID. | 01     |       | Eletroco                | un     | 05     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA              |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |       |        |       | Escalas                 |        | 05     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | Fio negro max. 1        |        | 01     |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |       |        |       | Caprom 3-0              |        | 102    |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |       |        |       |                         |        |        |       |
| ALCOFIL 2-0             | un    | 01     |       |                         |        |        |       |
| MONONYLON               |       |        |       |                         |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:             |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:             |        |        |       |
| PROLENO                 |       |        |       |                         |        |        |       |

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAM - HUT  
Confere com o Original

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Antonio Fabio de Sousa

Diagnóstico pré-operatório Fratura profunda

Operação - Tipo Osteossíntese de fratura com placa e parafusos

Cirurgião Carlos Eduardo Magalhães

1º Assistente Luiz Magalhães

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Jacksony

Anestesista Pedro

Anestesia geral

stésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura em fratura

0404030068 5028  
6 02 placas

Relatório Imediato do Patologista

0404020500 5036  
6 4 placas

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Realizar a abordagem sobre a fratura com
- ② redução e estabilização da fratura com placa e parafusos
- ③ Abordagem do outro membro
- ④ Realização de osteossíntese
- ⑤ Realizar cirurgia de osteossíntese com placa e parafusos na região da sinfise e ilíaco superior e inferior
- ⑥ Realizar os pontos e fechar com sistema de
- ⑦ Placas
- ⑧ Sutura
- ⑨ Limpeza

Carlos Eduardo M. Batista  
Cirurgião - Traumatologia  
Bucodentofacial  
CRO-MA 2573 / CRO-PI 2302

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original



# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

|                                                |                           |                 |                      |                       |                   |                              |  |
|------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|-------------------|------------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE <b>Antonio Fabio de Souza</b> |                           |                 |                      | DN: <b>29/04/96</b>   |                   | Nº DE REGISTRO <b>342519</b> |  |
| DATA: <b>09/06/20</b>                          | P. ARTERIAL <b>108x72</b> | PULSO <b>78</b> | RESPIRAÇÃO <b>12</b> | TEMPERATURA <b>36</b> | PESO <b>55 kg</b> | ALTURA                       |  |
| EXAMES DE SANGUE                               | GR. SANGUÍNEO             | HEMATIMETRIA    | HEMOGLOBINEMIA       | HEMATOCRITOS          | GLICEMIA          | DOS. URÉIA                   |  |

|                               |  |                                                      |  |
|-------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| EXAMES DE URINA               |  | <b>Negar comorbidades - ASA I ; Nega alergias</b>    |  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA           |  | <b>Tyrum completo de 8h ; AVP mínimo pensão MSD</b>  |  |
| SISTEMA CRICULATÓRIO          |  | <b>DACOTORES OG VAD { Abertura de boca &lt; 3 cm</b> |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO          |  | <b>Retrognatismo</b>                                 |  |
| SISTEMA DIGESTIVO             |  | SISTEMA URINÁRIO                                     |  |
| ESTADO MENTAL                 |  | CORTICOIDES                                          |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO    |  | FÍSICOS                                              |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) |  | EFEITOS                                              |  |

|                            |  |             |  |            |  |
|----------------------------|--|-------------|--|------------|--|
| SISTEMA RESPIRATÓRIO       |  | ASMA        |  | BRONQUITE  |  |
| SISTEMA DIGESTIVO          |  | CORTICOIDES |  | ATARAXICOS |  |
| ESTADO MENTAL              |  | CORTICOIDES |  | OUTROS     |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO |  | FÍSICOS     |  |            |  |

|                               |  |             |  |         |  |
|-------------------------------|--|-------------|--|---------|--|
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) |  | APLICADO AS |  | EFEITOS |  |
|-------------------------------|--|-------------|--|---------|--|

| AGENTES ANESTÉSICOS   | OXIGÊNIO   | 09:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 13:00 | 14:00 | TOTAL DE DOSES       |
|-----------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|
| 1 Sevoflurano         |            |       |       |       |       |       |       | INALADOR             |
| 2 Propofol            |            |       |       |       |       |       |       | Sevoflurano 100ml    |
| 3 Remifentanyl        |            |       |       |       |       |       |       | VCV60                |
| LÍQUIDOS              | SO-UTO 500 |       |       |       |       |       |       | midazolam 5 mg       |
|                       | SANGUE 400 |       |       |       |       |       |       | Fentanyl 200 mcg     |
|                       | OUTROS 200 |       |       |       |       |       |       | Propofol 200 mg      |
|                       | OUTROS 100 |       |       |       |       |       |       | Oxycodone 50+50 mg   |
| TEMPERATURA T         | 38.5       | 38.5  | 38.5  | 38.5  | 38.5  | 38.5  | 38.5  | clonidina 60 mg      |
|                       | 38.0       | 38.0  | 38.0  | 38.0  | 38.0  | 38.0  | 38.0  | Cyproheptadina 2g+1g |
|                       | 37.5       | 37.5  | 37.5  | 37.5  | 37.5  | 37.5  | 37.5  | Dexametasona 10 mg   |
| P. ARTERIAL V O PULSO | 200        |       |       |       |       |       |       | SEQUÊNCIA            |
|                       | 180        |       |       |       |       |       |       | 1 Paracetamol 40 mg  |
|                       | 160        |       |       |       |       |       |       | 2 Dipirona 2g        |
|                       | 140        |       |       |       |       |       |       | 3 Bromoprida 1 mg    |
|                       | 120        |       |       |       |       |       |       | 4 Atropina 1 mg      |
|                       | 100        |       |       |       |       |       |       | 5 Neostigmina 2g     |
|                       | 80         |       |       |       |       |       |       |                      |
|                       | 60         |       |       |       |       |       |       |                      |
|                       | 40         |       |       |       |       |       |       |                      |
|                       | 20         |       |       |       |       |       |       |                      |
|                       | 10         |       |       |       |       |       |       |                      |

|          |                                         |         |    |
|----------|-----------------------------------------|---------|----|
| SÍMBOLOS | ANESTESIA: INÍCIO: 09:00h ; FIM: 14:00h | DURAÇÃO | 5h |
|----------|-----------------------------------------|---------|----|

|              |                                                |                      |
|--------------|------------------------------------------------|----------------------|
| TÉCNICAS     | Obstrução geral balanceada                     | INCIDENTE - ACIDENTE |
| OPERAÇÕES    | Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula |                      |
| CIRURGIÕES   | Carlos Eduardo                                 |                      |
| ANESTESISTAS | Pedro Victor                                   |                      |
|              | Pedro Victor dos Santos Moura                  |                      |
|              | MEDICO                                         |                      |
|              | CRM-P 6626                                     |                      |
|              | Elayne Mendes                                  |                      |
|              | SAME - HUT                                     |                      |
|              | Confere com o Original                         |                      |

|                                                  |                                       |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| OBS: Após monitorização, feita TAT pela cirurgia | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS    |
| PARITICULARIDADES                                | A SEDA estavel, entubado, sem queixas |
|                                                  | set po: 39%.                          |



# SUMÁRIO DE ALTA



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Prontuário:

342519

Internação:

265072

Nome: **ANTONIO FABIO DE SOUSA**

End. Resid.: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA

Cidade: DEMERVAL LOBAO - PI

CEP: 64390-000

Sexo:

Masculino

Nascimento:

29/04/1996

Idade:

24alm18d

Estado Civil:

Solteiro(a)

Profissão:

FRENTISTA

Internação

Alta

Permanência

Data

17/06/2020

Hora

15:09

Data

20/06/20

Hora

08:21

## Diagnósticos:

Principal: Fraturas múltiplas dos ossos da face e do crânio

Cod. CID:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Paciente c/ hemorragia, edema, lacerações e múltiplas fraturas

## EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente c/ fraturas fixadas e suturas em posição

## MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 18/06/20 Tipo: Tratamento cirúrgico polichondro

## PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Ellayne Mendes de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original

Tipo de Alta: ( ) Curado (x) Melhorado ( ) Pedido ( ) Evasão ( ) Administrativa  
( ) Óbito ( ) Transferência outro serviço ( ) Outro motivo.

## TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Brunna da Silva Firmin  
CIRURGIA ORTODONTOLÓGICA/  
BUCOMAXILOFACIAL

Ass. Médico Ass. Residência Ass. Residência



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO INICIAL No.: 118538 - Em: (31/05/2020)

|              |                                           |                        |               |            |             |         |                         |           |                          |
|--------------|-------------------------------------------|------------------------|---------------|------------|-------------|---------|-------------------------|-----------|--------------------------|
| Atendimento: | Prontuário:                               | Paciente:              | Dr. Nasc./Id: | Clinica:   | Enfermaria: | Leito:  | Médico Assistente:      |           |                          |
| 780790       | 342519                                    | ANTONIO FABIO DE SOUSA | 29/04/1996    | SALA VERDE |             |         | VICTOR ULISSES NOGUEIRA |           |                          |
| Evolução:    | Alergias:                                 |                        |               |            |             |         |                         |           |                          |
| Horas:       | Diagnóstico/Comorbidades:                 |                        |               |            |             |         |                         |           |                          |
| Seq.:        | Descrição-Apresentação/Observação:        | Dose:                  | Unid.:        | Via:       | Int.:       | Recons: | Dil. Vol.:              | Horários: | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: |
|              | Dieta                                     |                        |               |            |             |         |                         |           |                          |
| 1            | GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO" | 1.00                   | Frasco        | EV         | 6/6h        |         |                         |           |                          |
| 2            | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.       | 1.00                   | Ampola        | EV         | 6/6h        |         | AD                      |           |                          |
| 3            | TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.         | 1.00                   | Ampola        | EV         | 12/12h      |         |                         |           |                          |

④ Cateterize 12/6 hs - 23:00h  
⑤ Docarson 4mg 1d/12hs - 23:00h

Ellyenne Mendes  
SAAME - HUT  
Confere com o Original

Dr. Malles Araújo da Silva  
Ongão Buca - Meio - Facial  
CRM-PI 779

Dra. Camilla Botelho  
MÉDICA  
CRM-PI 7212



## REQUISIÇÃO DE PARECER

|            |                        |            |        |
|------------|------------------------|------------|--------|
| NOME       | Antônio Fábio de Sousa | PRONTUÁRIO | 342519 |
| DA CLÍNICA | Bucamaxilo             | LEITO      | 232/16 |
| À CLÍNICA  | Clínica Médica         |            |        |

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motorciclístico, evoluindo com trauma de face com necessidade de abordagem cirúrgica. Atualmente apresenta Hb 8,1 g/dL; Ht 23,4%; Hemácias 2,67 milhões/mm<sup>3</sup>.  
Solicito avaliação e conduta.

DATA: 02/06/2020

Patrick Saboia Beserra  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
BUCOMAXILOFACIAL  
Residente HUT/UFPI  
CRO-PI 3.817

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Segundo reserva cirúrgica. *[assinatura]*  
Conduta de buxo e não  
de clínico!

Elayne Mendes de Oliveira  
SAMEC HUT  
Confere com o Original

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

## REQUISIÇÃO DE PARECER

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                             |                                         |                           |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Nome: <b>ANTONIO FABIO DE SOUSA</b>                                                         |                                         | Prontuário: <b>342519</b> |                            |
| Mãe: <b>MARIA ROSARIA DE JESUS</b>                                                          | Pai: <b>EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA</b> |                           |                            |
| End.Resid.: <b>RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI - CEP: 64390-000</b> |                                         |                           |                            |
| Nascimento: <b>29/04/1996</b>                                                               | Idade:                                  | Sexo: <b>Masculino</b>    | Fone: <b>86- 9492-7313</b> |
| CNS: <b>898003455552902</b>                                                                 | Documento: <b>CPF: 062.242.813-60</b>   |                           |                            |

### DADOS DA REQUISIÇÃO/ATENDIMENTO:

|                                                          |                                       |                                  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Id.Req.: <b>118</b>                                      | Data Req.: <b>09/06/2020 17:17:13</b> | Origem.Atend.: <b>INTERNAÇÃO</b> |
| Prof.Solicitante: <b>CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA</b> |                                       | Cod.Atend.: <b>264634</b>        |
| Clinica: <b>CLINICA ORTOPEDICA - P11</b>                 | Enfermaria: <b>ENFERMARIA 232</b>     | Leito: <b>LEITO 16</b>           |

### Especialidade Requerida:

**CIRURGIÃO GERAL**

### MOTIVO DA CONSULTA/REQUISIÇÃO:

PACIENTE EM P.O IMEDIATO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, TENDO SIDO SUBMETIDO A TRAQUESTOMIA. PACIENTE APRESENTANDO SANGRAMENTO DO ACESSO PARA TRAQUESTOMIA. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA.

TERESINA(PI), 9 de Junho de 2020.

Carlos Eduardo M. Batista  
Cirurgia e Traumatologia  
Máxilo-facial  
CRM-MA 2302 / CRM-PI 2302  
CRO - Médico Solicitante

### PARECER:

# Cirurgia Geral - 09/06/2020 às 17:20h

- SOLICITADO PARECER POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO POR TRAQUESTOMIA  
Ao EF a Traqueostomia funciona, PET QUÊNICO EM 41, SEM SINAIS DE HEM-  
TOMA E SEM SANGRAMENTO ATIVO.

CDs - Sem CD cirúrgico de urgência

- Ventilação + Oxiacetato

Dr. Raphael Rebelo Sousa  
MÉDICO / CIRURGIA GERAL  
CRM-PI 6346 / CRM-MA 9332

Médico Especialista

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original









# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULACAO

|                                      |                                                                                    |                                            |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>AUTORIZAÇÃO: 1050212029</b>       | <b>Nº REGULAÇÃO: 128125</b>                                                        | <b>TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL</b> |
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>  | 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074 |                                            |
| <b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> | 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT             |                                            |
| <b>LEITO:</b>                        | CIRURGIA GERAL                                                                     |                                            |
| <b>PACIENTE:</b>                     | ANTONIO FABIO DE SOUSA                                                             |                                            |
|                                      |                                                                                    | <b>NASCIMENTO:</b> 29/04/1996              |

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

31/05/2020 19:24:40 - USUÁRIO RESPONSÁVEL: BRUNO DE ARAUJO BRITO  
ESTABELECIMENTO: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA  
-- HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE POLITRAUMA VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO, SEM USO DE CAPACETE, ALCOOLIZADO. FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HÁ 1 HORA. APRESENTA-SE À UPA DO RENASCENÇA COM TRAUMA DE FACE (FRATURA EM LIVRO ABERTO DE MANDIBULA), LEFORT GRAU 2.  
A: VIAS AEREAS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;  
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAQ2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;  
C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE GRAU 3, SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.  
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR.  
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TORAX. -- EXAMES FÍSICOS: A: VIAS AEREAS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;  
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAQ2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;  
C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3, SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.  
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR.  
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TORAX. -- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: POLITRAUMA EFOR GRAU 2  
HOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE

#### COMORBIDADE:

|                                      |                                 |                                 |                                  |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 90x60(mmHg) | <b>FREQ. CARDÍACA:</b> 120bpm   | <b>SATURAÇÃO:</b> 88%           | <b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 22rpm |
| <b>GLICEMIA:</b>                     | <b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 12 | <b>USO DE O2:</b> Cateter nasal |                                  |

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATO + ÁCIDO TRANEXAMICO

**DATA:** 31/05/2020 19:32:32

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes R. Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original



# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

|                                         |                                                                                    |                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>AUTORIZAÇÃO: 1050212029</b>          | <b>Nº REGULAÇÃO:</b> 128125                                                        | <b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL |
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>     | 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074 |                                            |
| <b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b>    | 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT             |                                            |
| <b>LEITO:</b>                           | CIRURGIA GERAL                                                                     |                                            |
| <b>PACIENTE:</b> ANTONIO FABIO DE SOUSA | <b>NASCIMENTO:</b> 29/04/1996                                                      |                                            |

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

31/05/2020 19:24:40 - USUÁRIO RESPONSÁVEL: BRUNO DE ARAUJO BRITO  
ESTABELECIMENTO: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA  
- HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE POLITRAUMA VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO, SEM USO DE CAPACETE, ALCOOLIZADO. FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HÁ 1 HORA. APRESENTA-SE A UPA DO RENASCENÇA COM TRAUMA DE FACE (FRATURA EM LIVRO ABERTO DE MANDIBULA), LEFORT GRAU 2.  
A: VIAS AERIAS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;  
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAO2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;  
C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE GRAU 3. SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.  
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR.  
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TORAX. -- EXAMES FÍSICOS: A: VIAS AERIAS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;  
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAO2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;  
C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3. SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.  
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR.  
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TORAX. -- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: POLITRAUMA  
EFOR GRAU 2  
CHOQUE HIPOVOLÊMICO GRAU 3

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DO CRÂNIO E DOS OSSOS DA FACE

#### COMORBIDADE:

|                                      |                                 |                                 |                                  |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 90x60(mmHg) | <b>FREQ. CARDÍACA:</b> 120bpm   | <b>SATURAÇÃO:</b> 88%           | <b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 22rpm |
| <b>GLICEMIA:</b>                     | <b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 12 | <b>USO DE O2:</b> Cateter nasal |                                  |

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATO + ÁCIDO TRANEXAMICO

**DATA:** 31/05/2020 19:32:32

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes de Oliveira  
SAMEO HUT  
Confere com o Original

PACIENTE: ANTONIO FABIO DE SOUSA - 29/04/1996 - 24 ANOS [M]  
ALERGIAS: CRM: 8189 PROFISSIONAL: BRUNOBRITO

DIAGNOSTICO CLINICO / EVOLUÇÃO

PACIENTE POLITRAUMATIZADO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO SEM USO DE CAPACETE AO COLIZADO FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HA 1 HORA APRESENTA-SE EM ESTADO DE CONSCIENTA COM TRAUMA DE FACE(FRATURA EM NRC ABERTO DE MANDIBULA) LEFORT GRAU 2  
VIA AEREA NA PREVEJA SEM USO DE COLAR CERVICAL B MV REDUZIDOS EM AMBOS OS MEMBROS  
SND 93% (CATER NASAL 31/MINT), FR 24IRPM  
C RP EM 21 BNF SS: REMEDIACAMENTE INSTAVEL PA 50X60 REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLEMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMINIGRAMA FC 120BPM CHOQUE GRAU 3 SEM PERDAS  
ECG: 94 + 92 + 96 12 PULSOS SOCORRICAS E FOTURREAGENTES AGITADO SEM DEFICIT MOTOR  
ESCORIAÇÕES + CORTE CONTINUA EM FACE ESCORIAÇÕES EM TORAX HIPOTENSE DIAGNOSTICA POLITRAUMA LEFOR GRAU 2 CHOQUE HIPOVOLEMICO GRAU 3

1 DIETA ZERO

2 MEDICAMENTO 500ML - 01 FRASCO EV ACM

3 ACIDO TRANÇAMICO 250MG/5ML - 04 AMPOLAS + SF 0.9% 100ML EV CORRER ABERTO

4 TRAMA 100MG/2ML - 01 AMPOLA + SF 0.9% 100ML EV ACCF

5 SSV + CUGG

6 SOLUCO TRANSFERENCIA

7 Oximetetosa 2,5mg/ml - 1 amp + 10ml de 10% Bruno Brito Médico CRM: PI 8189

8. Dextrose 40mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

9. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

10. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

11. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

12. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

13. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

14. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

15. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

16. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

17. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

18. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

19. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

20. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

21. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

22. Dextrose 500mg/ml - 2ml + SF 0.9% 18ml

Ellyane M. Santos R. de Oliveira  
SAÚDE - HUT  
Confere com o Original





Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES FICHA PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS/EXAMES

|                                                                             |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| ESTAB. SOLICITANTE: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA |                                                                     |
| CNPJ:                                                                       | ENDEREÇO: R. GURUPI, BAIRRO NOVO HORIZONTE, NOV HORIZONTE, TERESINA |
| DADOS PESSOAIS                                                              |                                                                     |
| IDENTIFICADOR: CARTÃO SUS 97585                                             | NOME DO PACIENTE: ANTONIO FABIO DE SOUSA                            |
| DOCUMENTO                                                                   | RAÇA/COR: NASCIMENTO: 29/04/1996 IDADE: 24 Ano(s) SEXO: M           |
| CEP                                                                         | TELEFONE(S): NOME DA MÃE: MARIA ROSARIO DE JESUS                    |
| ENDEREÇO - LOGRADOURO                                                       | NUMERO / LOTE: COMPLEMENTO:                                         |
| BAIRRO: R. GURUPI                                                           | MUNICÍPIO: TERESINA                                                 |
| BAIRRO NOVO HORIZONTE, NOV HORIZONTE                                        | UF: PI                                                              |

## DADOS CLINICOS

PACIENTE É POLITRAUMATIZADO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO. SEM USO DE CAPACETE. ALCOOLIZADO. FAMILIAR RELATOU QUE ACIDENTE OCORREU ÀS 14 HORAS. APRESENTA-SE À UPA DO RENASCENÇA COM TRAUMA DE FACE (FRATURA EM LIVRO ABERTO DE MANDIBULA ESQUERDA - FORT GRAU 2. A: VIAS AERIAS NÃO PREVEIAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL. B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX. SAO2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT). FR: 24IRPM. C: RR EM 21. BNF. SS: HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL. PA: 90X60. REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMINIGRAMA TC: 120BPM. CHOQUE GRAU 3. SEM PERITONISMO. SEM INSTABILIDADE DE BACIA. D: ECG: 04+ 02+ 06: 12. PERDAS SOCÓRICAS E HEMÓRRAGIAS AGITADO. SEM DÉFICIT MOTOR. E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE. ESCORIAÇÕES EM TORAX

## PROCEDIMENTO(S)

| PROCEDIMENTO                                                                                          | QUANTIDADE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0206030037 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE BACIA ABDOMEN INFERIOR - OBS:                        |            |
| 0206030010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - OBS:                                    |            |
| 0206020031 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - OBS:                                               |            |
| 0206010079 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO - OBS:                                              |            |
| 0206010044 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES - OBS: |            |

## DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

## DATA SOLICITAÇÃO:

31/05/2020 14:25:15

## PROFISSIONAL SOLICITANTE (CARIMBO/ASSINAT.)

**Bruno Brito**  
Médico  
CRM-PI 8189

CNPJ: 04.293.500/33-1 IRUNO DE ARAUJO BRITO CRM: 8189

## DADOS DO AGENDAMENTO

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Nº AUTORIZAÇÃO:             | AGENDA: |
| LOCAL DE ATENDIMENTO:       |         |
| ENDEREÇO:                   | BAIRRO: |
| FONES:                      |         |
| PROFISSIONAL:               |         |
| COMPARECIMENTO (DATA/HORA): |         |

## RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO (CARIMBO/ASSINAT.)

CNPJ: CRM:

**EXCLUSIVO PARA  
ATENDIMENTO NESTE  
ESTABELECIMENTO**

**CARO USUÁRIO,**  
Compareça a unidade de saúde 30 (trinta) minutos antes do horário.  
Se entregar esta ficha ou assinar qualquer documento se houver.  
Se voce não for consultado, retorne ao posto mais proximo para que seja marcada nova consulta

CÓDIGO ENCAMINHAMENTO: 60773815202337908

CTRL: 78084d8e3a30... an70c0m0y... m00f4d0... m00p03u0p... 04p05m02p03d15d0m05d0

Elayne Mendes R. Oliveira  
SAME - FBT  
Confere com o Original

31/05/2020 14:25:15





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

4 laudos no DATAMED

328697

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

265072

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA

6 - Prontuário: 342519

-CNS: 898003455552902

8-Nascimento: 29/04/1996

9-Sexo: Masculino

CPF: 062.242.813-60

Mãe: MARIA ROSARIA DE JESUS

12-Fone: 86- 9492-7313

Sp: FRANCISCO DE SOUSA

14-Cor: Sem Informação

End: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000

16-Munic: DEMERVAL LOBAO

17-Cod. IBGE: 220330

18-UF: PI

19-CEP: 64390-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Intussuscepção de 12 cm x 4 cm + 3 laudos pl

21 - Condições que justificam a internação:

Intussuscepção

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

Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS

9999

29-Clinica:

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

02

01

C

957.650.423-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

17/06/2020

Dr. José Carlos de O. G. Filho  
Cirurgião Bucomaxilofacial  
CRO-PI 2200

Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAM - HUT  
Confere com o Original

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)

Consulta Local: 780790

Consulta SUS:

Impressão: 17/06/2020 15:00:20

|                                                                    |  |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> |  | Nº LAUDO: 321697   |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                          |  | AIH: 2220101446552 |

### 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

|                          |                                            |                          |                                       |                                   |
|--------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| CARTÃO SUS               | NOME DO PACIENTE<br>ANTONIO FABIO DE SOUSA | NASCIMENTO<br>29/04/1996 | SEXO<br>M                             | PRONTUÁRIO<br>342519              |
| DOCUMENTO                | CPF                                        | TELEFONE                 | NOME DA MÃE<br>MARIA ROSARIO DE JESUS | RESPONSÁVEL<br>FRANCISCO DE SOUSA |
| CEP                      | ENDEREÇO - LOGRADOURO<br>R GURUPI          |                          |                                       | NUMERO / LOTE                     |
| BAIRRO<br>NOVO HORIZONTE | COMPLEMENTO                                | MUNICÍPIO<br>TERESINA    | UF<br>PI                              |                                   |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS . REFERE PERDA DE CONSCIENCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL A D, EPISTASE E CORTE EM LABIO INFERIOR SUGERINDO FRATURA DE MANDIBULAA: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR A PALPAÇÃO; B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2 97, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS; C: BNF EM 2T, S/ SOPROS, PÉLVE ESTÁVEL, ABDOME FLÁCIDO, G15 E ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO E

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

EXAME FÍSICO,RX TOMOGRAFIA

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                                                                                        |                   |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL<br>S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES | CID 10 SECUNDARIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

#### LEITO/CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

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

#### CARÁTER

URGENCIA

#### DATA SOLICITAÇÃO

17/06/2020

MATIAS ARAUJO DA SILVA

CPF: 09685049300

CRM:

#### DATA ADMISSÃO

17/06/2020 15:09

#### DATA ALTA

20/06/2020 08:25

#### MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

### 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

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))<br><br>LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS<br>CPF: 09623442300 CRM: | NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA<br><br>Elayne Mendes R de Oliveira<br>CRM: DATA ANALISE: 17/06/2020 15:12:46 CPF: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Confere com o Original



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

4372

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

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

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Antonio Fabio de Sousa

Nº AIH 265072

Nº PRONTUÁRIO 342519

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: 0404020518 / 0404030327

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

### MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Carlos

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

17.06.2020

### MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM  
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL  
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)

02

klas tipo bonequinhas + Parafusos 1,5

### DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

Spine Medical

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SANE - HUT  
Contato Original

### ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM 17.06.2020

EM 17.06.2020

Dr. José Carlos de O. G. Filho  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CBO-PI 2200

Médico Responsável  
(Assinatura e carimbo)

Laizel  
Responsável pela autorização  
(Assinatura e carimbo)

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



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

FMS

Fundação Municipal  
de Saúde

## SOLICITAÇÃO DE OPME (ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Antonio Fabio de Sousa pt=342519

MÉDICO SOLICITANTE: Jose Carlos

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO OPME: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA:

Foi feita a tubos infra-auriculares  
com o fim de tratar a audição D e E.

Dr. José Carlos de O. G. Filho  
Cirurgião Bucimaxilofacial  
CRM-PI 2200

Teresina, 17/06/2020

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR:

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
SAME - HUI  
Confere com o Original

### AUDITOR:

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Pag: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780790  
Requisição: 1099294 Solicitação: 31/05/2020 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA  
Controle: 1527557 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 31/05/2020

### T.C. DE FACE

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

#### RELATÓRIO:

- FRATURAS FOCAIS ASSIM LOCALIZADAS:
  - . PROCESSO CONDILAR DIREITO, CORPO E RAMO ESQUERDO MANDIBULARES;
  - . ARCOS ZIGOMÁTICOS;
  - . PROCESSOS PTERIGOIDES;
  - . PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
  - . SEPTO NASAL;
  - . OSSOS NASAIS;
  - . TRABECULADO ETMOIDAL;
  - . LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
  - . PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
  - . PALATO DURO À DIREITA.
- HEMOSSINUS DIFUSO.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 31/05/2020

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
 Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
 Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 264624  
 Requisição: 1102775 Solicitação: 09/06/2020 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS  
 Controle: 1537334 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 12

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/06/2020

**T.C. DE FACE**

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

**RELATÓRIO:**

- CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURAS LOCALIZADAS NO RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:
  - . MANDÍBULA (DETALHADA ACIMA);
  - . ARCOS ZIGOMÁTICOS;
  - . PROCESSOS PTERIGÓIDES;
  - . PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
  - . GLABELA;
  - . SEPTO NASAL;
  - . OSSOS NASAIS;
  - . TRABECULADO ETMOIDAL;
  - . LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
  - . PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
  - . PALATO DURO;
  - . MAXILA À DIREITA
- HEMOSSINUS DIFUSO.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 09/06/2020

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira  
 SAME - HUT  
 Confira com o Original



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pag: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 264634  
Requisição: 1105396 Solicitação: 16/06/2020 Solicitante: CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA  
Controle: 1544707 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 12

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 16/06/2020

### T.C. DE FACE

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

#### RELATÓRIO:

- CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURAS LOCALIZADAS NO RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:

- . MANDÍBULA (DETALHADA ACIMA);
- . ARCOS ZIGOMÁTICOS;
- . PROCESSOS PTERIGÓIDES;
- . PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
- . GLABELA;
- . SEPTO NASAL;
- . OSSOS NASAIS;
- . TRABECULADO ETMOIDAL;
- . LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
- . PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
- . PALATO DURO;
- . MAXILA À DIREITA.

- HEMOSSINUS DIFUSO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/06/2020

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI  
Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780790  
Requisição: 1099294 Solicitação: 31/05/2020 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA  
Controle: 1527558 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/05/2020

**T.C. DE CRANIO**

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

## RELATÓRIO:

- PNEUMOENCÉFALO DIFUSO.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DOS VENTRÍCULOS LATERAIS.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 31/05/2020

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780790  
Requisição: 1099297 Solicitação: 31/05/2020 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA  
Controle: 1527561 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 31/05/2020

**TORAX PA**

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- OPACIDADES PARENQUIMATOSAS DIFUSAS NO PULMÃO ESQUERDO.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/06/2020

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pag: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 265072  
Requisição: 1105955 Solicitação: 17/06/2020 Solicitante: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO  
Controle: 1546342 Convênio: SUS CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 12

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204010128

Data Exame: 17/06/2020

### FACE (02 INCID)

O estudo radiológico da face foi realizado em duas incidências.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- Controle de osteossíntese de múltiplas fraturas na face com presença de miniplaca e parafusos metálicos.
- Velamento dos seios maxilares e frontais.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/06/2020

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)  
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000  
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a2m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 786248  
Requisição: 1117773 Solicitação: 15/07/2020 Solicitante: DANTE NUNES FERNANDES BATISTA  
Controle: 1582061 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 15/07/2020

### T.C. DE FACE

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

#### RELATÓRIO:

- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSÍNTESE NAS BORDAS DAS ÓRBITAS, NA REGIÃO DA GLABELA, NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES, E NA REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA, NO ÂNGULO ESQUERDO E NO RAMO DIREITO DA MANDÍBULA.
- PLACAS METÁLICAS NOS ASSOALHOS DAS ÓRBITAS.
- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ACOMETENDO:
  - \* PAREDES DAS ÓRBITAS E DOS SEIOS FRONTAIS, ETMOIDAIIS E MAXILARES.
  - \* ARCO ZIGOMÁTICO BILATERAL.
  - \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
  - \* PROCESSOS PTERIGÓIDES.
  - \* ALVÉOLO DENTÁRIO MAXILAR E PALATO DURO À DIREITA.
  - \* RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- HEMOSSÍNUS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/07/2020

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Elayne Mendonça R. de Oliveira  
SAME HUT  
Confere com o Original

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CÍVIL 3.709.390 DATA DE  
EXPIRAÇÃO 14/01/15

NOME  
ANTONIO FÁBIO DE SOUSA

FILIAÇÃO  
MARIA ROSÁRIA DE JESUS  
EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA

DOC. ORIGEM BENEDITINOS-PI DATA DE NASCIMENTO  
29/04/1996

CERT. NASC. 10822 L 012A F 91V  
EXP BENEDITINOS-PI 03/12/99

TERCEIROS - PI  
062.242.813-60 Assinatura do titular

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 88.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

ANTONIO FÁBIO DE SOUSA  
ASSINATURA DO TITULAR  
0842789

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA  
POUPANÇA

603689 0010 76758 0863

ANTONIO FÁBIO DE SOUSA  
08/24

3389 013 00030871-0

debito

mastercard

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281899/20

**Vítima:** ANTONIO FABIO DE SOUSA

**CPF:** 062.242.813-60

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 31/05/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO FABIO DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO FABIO DE SOUSA : 062.242.813-60**

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: 05/10/2020  
Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA  
CPF: 062.242.813-60

ANTONIO FABIO DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200357226

Vítima: ANTONIO FABIO DE SOUSA

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO FABIO DE SOUSA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 3.375,00 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ANTONIO FABIO DE SOUSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000030871-0

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**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200357226 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FABIO DE SOUSA **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. P 36  
FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA BILATERAL (LE FORT 2). P 10, 28, 41

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 11, 13, 18, 20  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO LEVE DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

**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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Em grau leve - 25 %                                  | 25%         | R\$ 3.375,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>25 %</b> | <b>R\$ 3.375,00</b>   |



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 002. 242. 813-60 3 - CPF da vítima: 002. 242. 813-60 4 - Nome completo da vítima: Antonio Fabio de Sousa

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

5 - Nome completo: Antonio Fabio de Sousa 6 - CPF: 002. 242. 813-60  
7 - Profissão: Recusado-me 8 - Endereço: Le Lopes S/N 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Beneditinos 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.330.000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 884 - 0400

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:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 30871 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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: Teresina, Piauí 05/10/2020.

X Antonio Fabio de Sousa

Assinatura da vítima (beneficiário ou representante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041396/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/10/2020 13:31:24 Data/Hora Fim: 05/10/2020 13:31:24

Origem:

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 31/05/2020 19:30

## Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Povoado Formosa

Logradouro: PI DO RODOANEL

Tipo do Local: Via Pública



| Natureza                                                                                        | Melo(s) Empregado(s) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 123: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB ) | Veículo              |

## ENVOLVIDO(S)

|                                                            |                 |                                |           |
|------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------|-----------|
| Nome Civil: ANTONIO FABIO DE SOUSA (COMUNICANTE , VÍTIMA ) |                 |                                |           |
| Nacionalidade: Brasileira                                  | Sexo: Masculino | Nasc: 29/04/1996               | Idade: 24 |
| Profissão: Autônomo                                        |                 |                                |           |
| Estado Civil: Solteiro(a)                                  |                 | Naturalidade: Beneditinos - PI |           |
| Nome da Mãe: Maria Rosario de Jesus                        |                 |                                |           |

## Documento(s)

CPF: 062.242.813-60

## Endereço

Município: Demerval Lobão - PI

Logradouro: RUA SANTA LUZIA

Nº: 507

Bairro: CIDADE NOVA

Telefone: (86) 9595-7004 (Celular)

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR ) |
| Nacionalidade: Brasileira                            |

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                         |                                         |
|-------------------------|-----------------------------------------|
| Grupo Veículo           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta           |
| Descrição motocicleta   | Veículo Adulterado? Não                 |
| Situação Meio Empregado |                                         |
| Nome Envolvido          | Envolvimentos                           |
| Desconhecido 1          | Possuidor                               |
| Grupo Veículo           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta           |
| Descrição motocicleta   | CPF/CNPJ do Proprietário 601.926.783-02 |





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**POLÍCIA CIVIL**

**DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00041396/2020

Placa LWD3815  
Número do Motor KC08E67009420  
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007  
UF Veículo PI  
Marca/Modelo HONDA/CG 150 SPORT  
Situação Meio Empregado  
Situação do Veículo NADA CONSTA

Renavam 00921934912  
Número do Chassi 9C2KC08607R009420  
Cor VERMELHA  
Município Veículo Beneditinos  
Veículo Adulterado? Não  
Última Atualização Denatran 18/06/2020

| Nome Envolvido         | Envolvimentos |
|------------------------|---------------|
| Antonio Fabio de Sousa | Possuidor     |

**RELATO/HISTÓRICO**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA ESTAVA NA VIA CONTRÁRIA E COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA A UPA DO RENASCENÇA, DEPOIS PARA O HUT. DECLARAÇÕES DA VITIMA.

**ASSINATURAS**

Aimiralice Ribeiro Lebre Carlos  
escrivão  
Matrícula 0097616  
Responsável pelo Atendimento

*Antonio Fabio de Sousa*  
Antonio Fabio de Sousa  
Comunicante, Vitima

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

Erika Mourao Melo de Aguiar  
Delegado de Polícia  
Matrícula 1300768

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 002. 242. 813-60 3 - CPF da vítima: 002. 242. 813-60 4 - Nome completo da vítima: Antonio Fabio de Sousa

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

5 - Nome completo: Antonio Fabio de Sousa 6 - CPF: 002. 242. 813-60  
7 - Profissão: Recusado-me 8 - Endereço: Le Lopes 51N 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Beneditinos 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.330.000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 884-0400

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:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 30271 0  
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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 (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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: Teresina, Piauí 05/10/2020.

Antonio Fabio de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)