

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

Cleylenne Nayra Pinheiro Lima
ASSINATURA DO TITULAR

0897717

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.039.289 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/02/16

NOME CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

FILIAÇÃO ANTONIA CLENE PINHEIRO
CLEONES FRANCISCO LIMA DOS SANTOS

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 23/01/1989

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 193134 L 227A F 173

CP EXP TERESINA-PI 07/10/91

TERESINA-PI 039.625.923-50

ASSINATURA DO DETECTOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0475283

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE

NATURALIDADE ANTONIO SOARES JUCUNDE

CRATEUS-CE, DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 43/1-141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA-PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039979/20

Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

CPF: 039.625.923-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: CLEYLENNE NAYRA
PINHEIRO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA : 039.625.923-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048040 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO COM LESÃO ABRASIVA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,5,23,38(BAM) P.4,6,29,36,(EXAME) P.15(CIRURGIA) P.22,42(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Eleylene Nayra Pinheiro Lima
 RG: 5.039.289 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 01/02/16
 CPF: 039.625.923-50 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Estudante
 ENDEREÇO: Q-A BL-10 APT-07 Nº: 07
 COMPLEMENTO: Apartamento BAIRRO: Parque Sul
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64033-498 TELEFONE: _____

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO
 ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº: 544
 BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Eleylene Nayra Pinheiro Lima

Data do acidente de trânsito: 35/05/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina 27 de janeiro de 2020

Eleylene Nayra Pinheiro Lima 

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sousa
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

Cartório
Themistocles
Sampaio
08/01/2020

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Getúlio Vargas, 1232 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina - PI - Fone: (86) 3233-0115 - E-mail: atendimento@cartoriosm
Tribuna Amadida Sampaio de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CLEYLENNE BAYRA
PINHEIRO LIMA. DOU FE. EM TEST. Sim DA VERDADE.
Teresina-PI, 27/01/2020. Selo: AAR99892-2CW3
www.tjpi.jus.br/portalextura

Maria do Socorro de Carvalho de Sousa - Escrivente Autorizada
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,20 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 36
PROCURAÇÃO PARTICULAR - OPVAT

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039979/20

Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

CPF: 039.625.923-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEYLENNE NAYRA
PINHEIRO LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA : 039.625.923-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048040

Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048040

Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000030031-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002569/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/01/2020 13:54 Data/Hora Fim: 27/01/2020 14:09
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 15/01/2019 19:45

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Cristo Rei
Logradouro: AV. CELSO PINHEIRO

Tipo do Local: Via Pública

375069

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 23/01/1989 Idade: 31 anos
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Antonia Celene Pinheiro

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 039.625.923-50

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: QUADRA A, BL 10, AP 7
Complemento: RESID. FRANCISCO DA CHAGAS OLIVEIRA
Bairro: PARQUE SUL

Nome Civil: MANOEL MESSIAS PEREIRA DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 25/03/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Promotor de Vendas
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Antonia Francisca Pereira dos Santos

Documento(s)

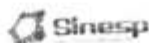
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 035.963.713-25

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA CHAGAS LIRA
Bairro: CRISTO REI

Nº: 2015

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 27/01/2020 14:10
Protocolo nº: Não disponível



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002569/2020

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 143.732.718-44
Placa NIS3265	Renavam 00326855645
Número do Motor KD05E6B101437	Número do Chassi 9C2KD0560BR101437
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Piauí	Município Veículo Pau D'Arco do Piauí
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS KS	Modelo HONDA/NXR150 BROS KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 31/05/2016
Situação do Veículo NADA CONSTA	

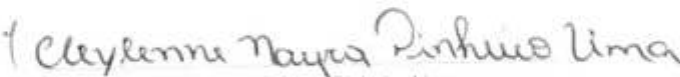
Nome Envolvido	Envolvimentos
Manoel Messias Pereira dos Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO E ENDEREÇO CITADO. QUANDO O CONDUTOR/PROPRIETÁRIO PASSOU POR UM BURACO, ONDE AO DESVIAR PERDEU O CONTROLE E A PASSAGEIRA CAIU, LESIONADA FOI SOCORRIDA E ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 499860. DECLARAÇÕES PRESTADA PELA VITIMA.

ASSINATURAS


Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Cleyenne Nayra Pinheiro Lima
(Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.625.923-50 4 - Nome completo da vítima: Eleylenne Nayra Pinheiro Lima

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

5 - Nome completo: Eleylenne Nayra Pinheiro Lima 6 - CPF: 039.625.923-50
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: O - A BL - 10 APTO - 07 9 - Número: 07 10 - Complemento: Apartamento
11 - Bairro: Parque Sul 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64033-495
15 - E-mail: ediane@seguros20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 186199534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3607 CONTA: 30631 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 28/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048040 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO COM LESÃO ABRASIVA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,5,23,38(BAM) P.4,6,29,36,(EXAME) P.15(CIRURGIA) P.22,42(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

OUTO PONT C
P/Dor de L em ha
caixa.

FOLHETO DE ENTRADA (BE)

Imp: 15/01/2019 20:37:19

(User: DR. GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

NOME DO PACIENTE:

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Prontuário: 499860

Mãe: ANTONIA SELENE PINHEIRO

Pai:

End.Resid.: RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP:

Nascimento: 23/01/1989

Idade: 29a11m23d

Sexo: Feminino

Fone: 86-94884-915

Responsável: A MESMA

CNS: 702307564593820

Ocupação: ESTUDANTE

Documento: CPF: 039.625.923-50

Instrução: Médio Completo

E.Civil: Solteiro(a)

Local: - - -

NOME DO ATENDIMENTO:

Atendimento: 703018

Entrada: 15/01/2019 20:15:37

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

Tipo de Procura

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Sintoma: DOR

Classificação: Dor intensa

Cor: Laranja

História Clas. Risco:

ACIDENTE DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGUE COM ECG:15 E DOR EM
ESQUERDO. DOR:8

DANYELLE ALVES VIEIRA

267041

Em: 15/01/2019 20:24:18

Sinais Vitais: (Hora: ____:____)

Peso: 60,00 Kg

Altura: 1,60 M

IMC: 23,00 Kg/m2

Pulso:

bpm

Pressão:

mmHg

Anamnese Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA,
FÓF OU OTORRAGIA. REFERE DOR

FERIDAS AEREAAS PÉRVIAS, com COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.

ECG - BT, SEM RA.

PA, PR, 2T, SS. TEC<2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

REFLEXOS: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS.

DOR EM JOELHO ESQUERDO

Exame Físico:

CID:

Exames Complementares:

11401 - JOELHO ESQUERDO

11411 - PERNA ESQUERDA

Prescrição Médica:

SFO, 9% 300ML, EV, PMV

DIPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H

TRAMAL 01AMP + SFO, 9% 100ML, EV, ACM

AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

Note curio qual

Fim da Alta/Encerramento:

Assinatura (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 15/01/2019 20:37:17

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: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000030031-9

Nr. da Autenticação D88F2113D28DDACD

SPECIMENS

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.742/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Insc. Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CPF: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA EMISSÃO	
Atual:	21824	Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Médio:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 22 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO KWH		DESCRICO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/19	368	CONSUMO	394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19	285	CONTA ILUMINACAO PUB. (COSIP)	30,03
JUL/19	222	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00	0,57
JUN/19	205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,13
MAI/19	204	MULTA POR ATRASO 09/19-00	7,18
ABR/19	178	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,67
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	4,70
FEV/19	297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,12
JAN/19	365		
DEZ/18	57		

TARIFA 325 TRIBUTOS:
6 A 324 - 6.635.14

CONFIRME O PAGAMENTO E REAVISAR O PRAZAMENTO E MENSAGEM.

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

Seu custo total por dia, custos de armazenamento e sua fatura nos dias 1, 8, 15, 22 ou 29, entre em contato por email com nossos canais de atendimento

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	17,64

INDICADORES DE COMERCIALIZACIÓN								
	DNC			DNC			T.M.	D.T.M.
	Marzo	Agosto	Año	Marzo	Agosto	Año		
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Quem é: TERESINA-MACANHA

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0051869-7

411.88

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

10/2019

31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.846.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.390-7

83650000004 4 11880017000 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/10/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT.VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eleyenne Nayra Pinheiro Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.625.923/50, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Eleyenne Nayra Pinheiro Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.625.923/50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

✕ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 28 de Janeiro de 2020
Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Cleylenne Nayra Pinheiro Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 499860

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".

ORTOPEDIA
P/D. Gilberto Brito

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 15/01/2019 20:37:19
User: DR. GILBERTO
Estação: CONSULTA03

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	Prontuário:	499860
Mãe:	ANTONIA SELENE PINHEIRO	Pai:	
End.Resid.:	RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento:	23/01/1989	Idade:	29a11m23d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-94884-915
Responsável:	A MESMA	CNS:	702307564593820
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	CPF: 039.625.923-50
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	703018	Entrada:	15/01/2019 20:15:37	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Conforme Paciente/Acomp):							

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco:		
ACIDENTE DE QUEDA DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGUE COM ECG:15 E DOR EM JOELHO ESQUERDO. DOR:8		
		DANYELLE ALVES VIEIRA 267041 Em: 15/01/2019 20:24:18

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR
1. VIAS AERÉAS PÉRVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.
2. MV + BT, SEM RA.
3. SNE, RR, 2T, SS. TEC<2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.
4. GLASGOW: 15. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS.
5. DOR EM JOELHO ESQUERDO

Antecedente Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:

1136140) - JOELHO ESQUERDO
1136141) - PERNAS ESQUERDA

Prescrição Médica:

1. SFO, 9% 500ML, EV, PMV
2. DÍPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H
3. TRAMAL 01AMP + SFO, 9% 100ML, EV, ACM
4. AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA
5. STE CIRURGIA PRONTO

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 15/01/2019 20:37:17

**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: **CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA** (Prontuário: 499860)
Endereço: RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: -
Nascimento: 23/01/1989 Idade: 30a1m29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 703018
Requisição: 911373 Solicitação: 15/01/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1136141 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 15/01/2019

PERNA ESQUERDA

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

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

Conclusão: Exame normal.

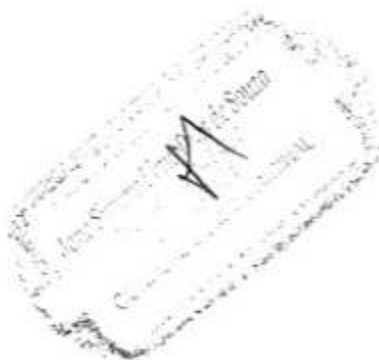
- (R. AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/03/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Ortopedia: Pat. aguda de Acidente motorizado.
solução com trauma joelho e.
Paciente: Alguém abreviada de gases mols joelho e. limitação
sem. traumatizada distal sem alterações.

Ex. sem fraturas. presença corpo estranho

ex: indicação de tte cirúrgico

Paciente e acompanhante (mãe) relatam trauma
em outro membro.

**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: **CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA** (Prontuário: 499860)
Endereço: RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: -
Nascimento: 23/01/1989 Idade: 30a1m29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 703018
Requisição: 911373 Solicitação: 15/01/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1136140 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

SIA: 0204060125

Data Exame: 15/01/2019

JOELHO ESQUERDO

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

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

Conclusão: Exame normal.

JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/03/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Ficha de Atendimento
Urgência / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	Idade: 29	Dt. Nascimento: 23/01/1989 02:00:00
CPF: 03962592350	Identidade / RG: 5039289	Sexo: F
Mãe: ANTONIA CELENE PINHEIRO	Pai: CLEONES FRANCISCO LIMA DOS S	Telefone: 988044559
Carteirinha: 08650001866846020	Senha Aut: 105992732	Guia: 1185568
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO	Plano: UNIMED BASICO	Validade: 31/05/2019
Endereço: AV FERROVIARIA QUADRA A CAS/	Bairro: ILHOTAS	Complemento:
CEP:	Cidade: TERESINA	Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 600310	Prontuario: 40599	Data/Hora: 15/01/2019 22:54:26
Origem do Atendimento: URGÊNCIA		Usuario: ACFERREIRA
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA		
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	Telefone:
Endereço:	Bairro:
Complemento:	

Antonia Celene P. Lima
Assinatura Cliente/Responsável

2.120180
201.987.
2.90

TERESINA

Nº de protocolo:

Status: AUTORIZADA

1-Registro ANS 353353	3-No. Guia Principal	4-Data de Autorização 15/01/19	5-Senha 105992732	6-Data Vencimento da Guia 16/03/19	7-Número da Guia Autorizado pela Operadora 23402766
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 865 00018660460020	9-Vencimento da Carteira 31/05/2019	10-Nome CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO	11-Número Cartão Nac Saúde	12-Alteramento a RN NAO	
Dados do Contratado					
13-Código na Operadora 45466	14-Nome do Contratado CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO				
15-Nome do Profissional Solicitante CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO	16-Conselho Profissional Conselho Regional da Medicina	17-Número no Conselho 4546	18-UF PI	19-Código CBO S 225120	20-Assinatura do Profissional
Dados do Solicitante / Procedimento e Exames Solicitados					
21-Perfil da Solicitação 2	1-Elitiva 2-Legitima/Emergência	22-Data/hora da Solicitação 15/01/19 23:05	23-Indicação Clínica (descrever a queixa, história, terapia, consulta de referência e alto custo)		
24-Tabela 22	26-Código do Procedimento 10101039	26-Descrição Consulta em pronto socorro	27-Qt Solicitada 1	28-Qt Autorizada 1	Status AUTORIZADO
Dados do Contratado / Estabelecimento					
29-Cod. Operadora 110008066	30-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA				
Dados do Atendimento					
32-Tipo Atendimento PRONTO SOCORRO	33-Indicação de Acidente Não Acidente	34-Tipo de Consulta Primeira Consulta	35-Motivo Encerramento		
Dados do Atendimento / Procedimento(s) e Exames Realizados					
36-Data 15/01/19	37-Hr Inicial 22:00	38-Hr Final 22:00	39-Tabela 22	40-Cod. Proced. 10101039	41-Descrição Consulta em pronto socorro
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)					
48-Seg. Ref. 49-Cr. Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof.	53-Número Conselho	54-UF
55-Data e Assinatura da Realização do Procedimento(s) em Série					
1- _____	3- _____	5 _____	7 _____	9 _____	
2- _____	4- _____	6 _____	8 _____	10 _____	
56-Observação / Justificativa					
59-Total Procedimentos R\$	60-Total Taxas e Auspícios R\$	61-Total Material R\$	62-Total de CPME R\$	63-Total de Medicamentos R\$	64-Total Gases Médicos R\$
65-Total Geral da Guia R\$					
66-Assinatura do Responsável pela Autorização					
Antônia Elaine Pinheiro Lima					

TERESINA

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

1-Registro ANS

3-No. Guia Principal

4-Data da Autorização

5-Será

6-Data Validade da Seria

7-Número da Guia Atribuído pela Operadora

8-Tipo de Serviço

9-Variedade da Carteira

10-Nome

11-Número Cartão Nac. Saúde

12-Atendimento a RV

13-Código na Operadora

14-Nome do Contratado

15-Nome do Profissional Solicitante

16-Conselho Profissional

17-Número no Conselho

18-UF

19-Código CBO

20-Assinatura do Profissional

21-Código de Procedimento

22-Data/Hora da Solicitação

23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

24-Tabela

25-Código do Procedimento

26-Descrição

27-Qt. Solicitada

28-Qt. Autorizada

Status

29-Código de Procedimento

30-Nome do Contratado

31-Indicação de Acidente

32-Tipo de Consulta

33-Motivo Encerramento

34-Código

35-Código

36-Data

37-Hr. Inicial

38-Hr. Final

39-Tabela

40-Cód. Proced.

41-Descrição

42-Cidade

43-Via

44-loc.

45-%Red/Ac

46-Vlr. Unit.

47-Valor Total

Status

Biomé

48-Seg. Ref.

49-Gr. Part.

50-Código na Operadora

51-Nome do Profissional

52-Conselho Prof.

53-Número Conselho

54-UF

55-Cod. CB

56-Data e Assinatura de Realização do Procedimento em Site

57-Data e Assinatura de Realização do Procedimento em Site

58-Observação / Justificativa

59-Taxa de Procedimento R\$

60-Taxa de Taxas e Aluguéis R\$

61-Taxa de Material R\$

62-Taxa de Op. R\$

63-Taxa de Medicamentos R\$

64-Taxa de Casos Médicos R\$

65-Taxa Geral da Guia R\$

66-Assinatura do Responsável pela Autorização

67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68-Assinatura do Contratado

69-Assinatura do Contratado

70-Código de Procedimento

71-Nome do Contratado

72-Indicação de Acidente

73-Tipo de Consulta

74-Motivo Encerramento

75-Código

76-Código

77-Data

78-Hr. Inicial

79-Hr. Final

80-Tabela

81-Cód. Proced.

82-Descrição

83-Cidade

84-Via

85-loc.

86-%Red/Ac

87-Vlr. Unit.

88-Valor Total

89-Status

90-Biomé

91-Seg. Ref.

92-Gr. Part.

93-Código na Operadora

94-Nome do Profissional

95-Conselho Prof.

96-Número Conselho

97-UF

98-Cod. CB

99-Data e Assinatura de Realização do Procedimento em Site

100-Data e Assinatura de Realização do Procedimento em Site

101-Observação / Justificativa

102-Taxa de Procedimento R\$

103-Taxa de Taxas e Aluguéis R\$

104-Taxa de Material R\$

105-Taxa de Op. R\$

106-Taxa de Casos Médicos R\$

107-Taxa Geral da Guia R\$

108-Assinatura do Responsável pela Autorização

109-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110-Assinatura do Contratado

111-Assinatura do Contratado

TERESINA

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

2- No. 1185588

1-Registro ANS 363353	3-No. Guia Principal	4-Data de Autorização 16/01/19	5-Senha 105992835	6-Data Validade da Senha 17/03/19	7-Número da Guia Atendida pela Operadora 23402834
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 885 000186846020	9-Validade da Carteira 31/05/2019	10-Nome CLEVELINE NAYRA PINHEIRO	11-Número Cartão Nasc Saúde 23402834		
12-Código na Operadora 110008066	13-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA				
Dados do Profissional Solicitante					
15-Nome do Profissional Solicitante RAPHAEL NEVES BONA	16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina	17-Número no Conselho 2485	18-UF PI	19-Código CBO S 226270	20-Assinatura do Profissional
Dados do Beneficiário / Procedimentos e Exames Solicitados					
21-Carter da Solicitação 2 1-Exativa 2-Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação 16/01/19 06:22	23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) sutura			
24-Tabala 25-Código do Procedimento 30101786	26-Descrição Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento	27-Qt. Solicitada 1	28-Qt. Autorizada 1	Status AUTORIZADO	
29-Cód. Operadora 110008066	30-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA				
Dados do Atendimento					
32-Tipo Atendimento PEQUENA CIRURGIA	33-Indicação de Acidente Não Acidente	34-Tipo da Consulta	35-Motivo Encerramento		
Dados do Exame / Procedimento e Exame Realizado					
36-Data 16/01/19	37-Hr Inicial 06:22	38-Hr Final 06:22	39-Tabela 22	40-Cód. Proced. 30101786	41-Descrição Sutura de extensos ferimentos com ou sem
42-Clide 43-Via 44-Tec. 45-%Red/nc 46-Vir. Unil. 47-Valor Total Status 1 EXECUTADO					
48-Seg. Ref. 49-Gr. Part.	50-Código na Operadora/CPF 51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof.	53-Número Conselho	54-UF	55-Cód. CB
56-Data e Assinatura de Realização de Procedimentos em Sítio					
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-				
58-Observação / Justificativa					
59-Total Procedimentos R\$	60-Total Taxas e Aluguéis R\$	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPMs R\$	63-Total de Medicamentos R\$	64-Total Gases Médicinas R\$
65-Total Geral da Guia R\$					
66-Assinatura do Responsável pela Autorização					
67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68-Assinatura do Contratado					

1-Região ANS 353353	3-No. Guia Principal 1601/19	4-Data de Autorização 16/01/19	5-Será 105992834	6-Data Vencida da Seria 17/03/19	7-Numero da Guia Arquivo pela Operadora 23402833
8-Numero da Carteira 865 0001866846020	9-Validade da Carteira 31/03/2019	10-Nome CLEYENNE MAYRA PINHEIRO	11-Numero Cartão Nac Saude	12-Atendimento a RN NAO	
13-Código na Operadora 110008066	14-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA	15-Nome do Profissional Solicitante RAPHAEL NEVES BONA	16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina	17-Numero no Conselho 2485	18-UF PI
19-Código CBO 3 225270	20-Assinatura do Profissional	21-Caráter da Solicitação 1- Emergência 2- Urgência/Emergência	22-Data/hora da Solicitação 16/01/19 05:20	23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	
24-Tabela 25-Código do Procedimento 30711029	26-Descrição Imobilização de membro inferior	27-QI, Solicitada 1	28-QI, Autorizada 1	Status AUTORIZADO	
29-Código de Exatidão 110008066	30-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA	31-CNTS 9101993	32-Tipo Atendimento TERAPIAS	33-Indicação de Acidente Outros	34-Tipo de Consulta EXECUTADO
35-Data de Exatidão / Procedimentos e Exatidão Realizados 16/01/19 06:21 06:21 22 30711029	36-Data 37-Hr Inicial 06:21	38-Hr Final 06:21	39-Tabela 40-Cód Proced. 30711029	41-Descrição Imobilização de membro inferior	42-QI de 1
43-Via 44-Tec. 45-%Rad/Ac 46-Vr. Unit. 47-Valor Total 48-Seq. Ref 49-Gz Part.	50-Código na Operadora CPF 51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof. 53-Numero Conselho 54-UF 55-Cód. CBO	56-Data e Assinatura em Realização de Procedimentos em Sane	57-Assinatura do Biométrico ou Responsável	58-Data e Assinatura do Contratado
59-Total Procedimentos R\$	60-Total Taxas e Aluguéis R\$	61-Total Materiais R\$	62-Total do CPME R\$	63-Total de Medicamentos R\$	64-Total Gastos Medicinas R\$
65-Assinatura do Responsável pela Autorização	66-Assinatura do Contratado	67-Assinatura do Biométrico ou Responsável	68-Assinatura do Contratado	69-Assinatura do Contratado	70-Assinatura do Contratado

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Prescrição...: 821506 Data: 15/01/2019 23:42

Atendimento: 600310 Dt Nasc: 23/01/1989 (29a 11m 23d)

Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO

Internação...: 15/01/2019 22:54 0 Dias(s) int

Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA

Unid. Int.: Leito...: Cobertura:

Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: RAPHAEL NEVES BONA - CRM - PI - 2485

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICINA	Qty	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
6 SUTURA D EXTENSOS FERIMENTOS C/ OU S/ DEBRIDAMENTO					AGORA	[15/01] 23:43
Prestador Executante: RAPHAEL NEVES BONA						
Justificativa: Extensa lesão corto contusa em face anterior do joelho E.						

TEOT-0570 CRM-PI 2485
BONFIM E TRILMAYON/0614
Dr. Raphael Bona

RAPHAEL NEVES BONA
CRM 2485

Dr. Raphael Bona
BONFIM E TRILMAYON/0614
TEOT-0570 CRM-PI 2485

Paciente.: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
Prescrição.: 821493 Data: 15/01/2019 23:03
Atendimento: 600310 Dt Nasc: 23/01/1989 (29a 11m 23d)
Convênio.: UNIMED INTERCAMBIO
Internação.: 15/01/2019 22:54 0 Dias(s) int
Médico.: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: RAPHAEL NEVES BONA - CRM - PI - 2485
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO) ; Exame:						
144279						

Raphael Bona
RAPHAEL NEVES BONA
CRM 2485

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
Prescrição.: 821509 Data: 15/01/2019 23:55
Atendimento: 600310 Dt Nasc: 23/01/1989 (29a 11m 23d)
Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO
Internação.: 15/01/2019 22:54 0 Dias(s) int
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: RAPHAEL NEVES BONA - CRM - PI - 2485
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICINA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
-----	---------	----	-----	------------	----------------

7 TALA GESSADA EM MEMBRO INFERIOR

Prestador Executante RAPHAEL NEVES BONA

Obs.: Instalar tala gessada tipo tubo em membro inferior esquerdo!!!

Dr. Raphael Bona
CRM 2485
TEODORO CRUZ PI 2485

RAPHAEL NEVES BONA
CRM 2485



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (PEQUENAS CIRURGIAS)

DATA: 16 / 01 / 2019

RELATÓRIO

NOME: Clefomara Nogueira Lima	PRONTUÁRIO:
DIAGNÓSTICO: Excesso de crescimento do fêmur (E)	CONVÊNIO: Unimed Teresina
PROCEDIMENTO: Sutura de excesso de crescimento com desbridamento em fêmur (E)	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO)	CIRURGIÃO

Foram realizados todos os procedimentos de fêmur (E) / Anestesia
artrodial / campo operatório / Limpeza mecânica - irrigação extensiva
com S.F.C. 9% / Realização de corte extenso / Realização de fêmur (E) / Desbridamento
dos tecidos de crescimento / Aproximação dos bordos de fêmur
em fêmur (E) / Tal - se nada f. po tudo não é após curativo
em fêmur (E)

Dr. Raphael Bona

CIRURGIÃO - C.R.M.

CONSUMO

FIOS	Nº	CÓDIGO	QUANT.	ANESTÉSICOS	UNID.	QUANT.
MONONYLON	5.0		01	XILOCAÍNA 2% S/V	FR	
MONONYLON	3.0		01	XILOCAÍNA 2% C/V	FR	01
CATGUT CROMADO				XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
CATGUT SIMPLES				XILOCAÍNA 1% C/V	FR	
Siga Hip. Desc	40x12		01			
Siga Hip. Desc	40x13		01			

MEDICAMENTOS	UNID.	QUANT.	MATERIAIS	UNID.	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID.	QUANT.
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	FR		LUVAS Nº 8.0	PAR	01	ÉTER	ML	
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 250ML	FR		LUVAS Nº	PAR		PVPi DEGERMANTE	ML	
POMADA	FR		LÂMINA DE BISTURI Nº	UNID		P.V.P.I TÓPICO	ML	
SOL. RINGER C/ LACTATO	FR		SERINGA DESC 10 ML	UNID	01	ÁGUA OXIGENADA	ML	400
Soro 1000	FR	01	SERINGA DESC 5 ML	UNID	01			
			GAZE 7.5 X 7.5	ENVELOPE	09			
			ESPARADRAPO	CM	20			
			MICROPORÉ	CM				

Paciente: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
Prescrição: 821494 Data: 15/01/2019 23:04
Atendimento: 600310 Dt Nasc: 23/01/1989 (29a 11m 23d)
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO
Internação: 15/01/2019 22:54 0 Dias(s) int.
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: Leito: Cobertura:
Cid: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: RAPHAEL NEVES BONA - CRM - PI - 2485
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	ML		IV	1 X AO DIA	[15/01] 23:04
3 (D1/1) CEFALOTINA PO SOL.INJ. 1G S/DIL -> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML	2 1	FA AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[15/01] 23:04
4 TILATIL PO SOL.INJ. 20MG	1	FA		IV	1 X AO DIA	[15/01] 23:04
5 DAPIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[15/01] 23:04

Dr. Raphael Bona
SAÚDE EM TERESINA
TEC 8570-0000-2485

RAPHAEL NEVES BONA
CRM 2485

PROTOCOLO SEPSE

PROTOCOLO SEPSE

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

NOME DO PACIENTE: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

RG: 5039289

UNIDADE:

LEITO:

DATA: 15/01/2019

ANTIBIÓTICO PRESCRITO:

1) cefalotina 1g

2)

3)

ESQUEMA TERAPÊUTICO (dose, via e frequência):

1) cefalotina 2g ev agora

2)

3)

INDICAÇÃO E TEMPO DE USO:

1) TERAPÊUTICA: antibioticoterapia de ataque

2) PROFILÁTICO CIRURGIA:

PROCEDIMENTO:

ESTUDO BACTERIOLÓGICO:

☐ SIM - RESULTADO

☐ NÃO - JUSTIFIQUE

PROTOCOLO SEPSE

Dr. Raphael Bortolotto
Cirurgião Geralista
R. 1570, C. 1570, 1575

MÉDICO SOLICITANTE (NOME E CARIMBO)

PARECER DA CCIH:



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

*NOME DO HOSPITAL: Hospital Unimed *ESPECIALIDADE: Ortopedia

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

*NOME: Cleyline Nayra Pinheiro Lima IDADE: 29 anos *DN: 23/11/89

*NOME DA MÃE: Antônio Maria Pinheiro

ENDEREÇO: _____

CARTÃO DO SUS: _____

RESPONSÁVEL: _____

*ID (Nº DO GESTOR SAÚDE): _____

*CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SEM URGÊNCIA () POUCO URGENTE () URGENTE ()
MUITO URGENTE () PRIORIDADE MÁXIMA ()

I = TRANSFERÊNCIA

*CLÍNICO ()

*CIRÚRGICO (X)

QUADRO CLÍNICO: Dois episódios de trauma multiaxial em membros superiores com fraturas em nível de pulso esquerdo.
Exatidão clínica, aumento de edema, dor, ruído.

*Pressão Arterial: X (mmHg) Saturação: % Freq. Cardíaca: (bpm)

*Freq. Respiratória: (rpm) Uso de O2: SIM () NÃO () Nível de Consciência:

*Glicemia: ISOLAMENTO: SIM () NÃO ()

EXAMES/RESULTADO:

Radiografias - sem fraturas, presença de corpo estranho.

*DIAGNÓSTICO: Fraturas abertas com lesão extensa partes moles, radiografia evidenciando presença de corpo estranho.
Além de tratamento cirúrgico.

*CID 10:

*TRATAMENTO REALIZADO:

Curativo

*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Concênio

*DATA: 05/01/19

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
RUA DE 2000



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

OUTO PENT

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 15/01/2019 20:37:19

User: DR. GILBERTO

Estação: CONSULPADII

Prontuário: 499860

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Mãe: ANTONIA SELENE PINHEIRO

Pai:

End.Resid.: RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP:

Nascimento: 23/01/1989

Idade: 29a11m23d

Sexo: Feminino

Fone: 86-94884-915

Responsável: A MESMA

Profissão: ESTUDANTE

CNS: 702307564593820

G. Instrução: Médio Completo

Documento: CPF: 039.625.923-50

End.Local.: - - -

E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 703018

Entrada: 15/01/2019 20:15:37

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

Motivo da Procura

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

TRAUMA MAIOR

Classificação:

Dor intensa

Cor:

Laranja

Breve História Clas. Risco:

RELATO DE QUEDA DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGUE COM ECG:15 E DOR EM JOELHO ESQUERDO. DOR:8

DANYELLE ALVES VIEIRA
367041

Em: 15/01/2019 20:24:18

SSVV:

(Hora: ____ : ____)

Peso: 3,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR
A) VIAS AEREAS PÉRVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.
B) MV + ST, SEM RA.
C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.
D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS.
E) LESÃO EM JOELHO ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1136140) - JOELHO ESQUERDO
(1136141) - PERNA ESQUERDA

Prescrição Médica:

1. SFO, 9% 500ML, EV, PMV
2. DIPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H
3. TRANAL 01AMP + SFO, 9% 100ML, EV, ACM
4. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

5. Site cnpq pro

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Julia Barroso e Silva
MÉDICA
15-01-2019 20:25:15



Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.913/0022-02



Emp: 15/01/2019 20:37:19

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE:

CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Prontuário:

499860

Local:

Leito:

Sanguíneo:

Fator RH:

Резюме

0,00

$$\underline{\text{Altura (M)} :}$$

0,00

TMC (Kg/m²) :

00,00

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. SF0, 9% 500ML, EV, PMV
2. DIPIRONA 01 AMFO + AD, EV, 6/6H
3. TRANAL 01AMP + SF0, 9% 100ML, EV, ACM
4. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

HORÁRIO:

SINAIS VITAIS:

[illegible]

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

Carla Maria Dallari Barros e Silva
Membro

Ortopedia: Pat. vítima de Acidente motociclistas
envolvendo com Trauma joelho E.

Exame: Não abrange de joelhos mds joelho E. limitação
ADM. Inervação distal sem alterações.

Rx: sem fraturas. presença corpo estranho

CP: indicação de Hb. cirúrgico

Deixar a acompanhante (mãe) sob observação
em outro serviço.

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 16/01/2019 00:04:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO
LIMA

RG: 5039289

PESO:

IDADE: 29 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 23/01/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: RAPHAEL NEVES BONA

DATA DE ATENDIMENTO: 15/01/2019 22:54:26

ATENDIMENTO: 600310

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO

PLANO: UNIMED BASICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M255 - DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M255 - DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M255 - DOR ARTICULAR

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFALOTINA PO SOL.INJ. 1G S/DIL

15/01/2019

15/01/2019

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

RAPHAEL NEVES BONA
CRM-2485

Atendimento: 600310

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Data de Nascimento: 23/01/1989

Médico Assistente: RAPHAEL NEVES BONA

Prestador Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Conselho / Número SEM CONSELHO - PE - null

Idade: 29 Anos 11 Meses

Leito Atual:

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Função: TECNICO EM GESSO

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 15/01/2019

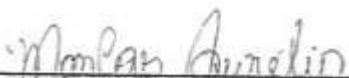
Data anotação: 15/01/2019

Hora anotação: 23:56

Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Leito:

01:38 PACTE COM DOR ARTICULAR EM MMII ESQ. FOI SOLICITADO SUTURA+ IMOB. TIPO TALA TUBO, ONDE FOI UTILIZADO MALHA TBL+3 ATAD. GESSADA DE 20CM+3 ALG. ORT. DE 20CM+5 ATAD. DE CREPOM DE 20CM+ UM KIT SUTURA+ UM SORO DE 1000ML+ FIO MONONYLON 5.0 E 3.0+ 7 PCT DE GAZE. PROCEDIMENTO REALIZADO PACTE LIBERADO(A)!!!


MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO
SEM CONSELHO

Atendimento: 600310

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 29 Anos 11 Meses

Data de Nascimento: 23/01/1989

Leito Atual:

Médico Assistente: RAPHAEL NEVES BONA

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Prestador Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES

Conselho / Número COREN - PI - 1283495

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 15/01/2019

Data anotação: 15/01/2019

Hora anotação: 23:03

Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES

Leito:

PAÇIENTE ADMITIDA NESTE SETOR DE URGENCIA PROCEDENTE DO HUT COM QUADRO DE DOR ARTICULAR, AVALIADA PELO PLANTONISTA. CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, COLABORATIVA, NORMOTENSA, NORMOCARDIACA, BOA OXIMETRIA DE PULSO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2. PREPARADO MEDICAÇÃO. PUNCTIONADA COM JELCO Nº20 + POLIFIX COM SUCESSO. ADM MEDICAÇÕES C.P.M FEITO EXAMES DE IMAGEM + SUTURA + INICIADO ANTIBIÓTICO CEFALOTINA + IMOBILIZAÇÃO, SEGUE DE ALTA APOS TERMINO DA MEDICAÇÃO + REAVALIAÇÃO MEDICA.


MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES
COREN 1283495

Atendimento: 600310

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Data de Nascimento: 23/01/1989

Médico Assistente: RAPHAEL NEVES BONA

Prestador Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES

Conselho / Número COREN - PI - 1283495

Idade: 29 Anos 11 Meses

Leito Atual:

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 15/01/2019

Data anotação: 15/01/2019

Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES

Hora anotação: 23:03

Leito:

PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR DE URGENCIA PROCEDENTE DO HUT COM QUADRO DE DOR ARTICULAR, AVALIADA PELO PLANTONISTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, COLABORATIVA, NORMOTENSA, NORMOCARDIACA, BOA OXIMETRIA DE PULSO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2. PREPARADO MEDICAÇÃO. PUNCIONADA COM JELCO Nº20 + POLIFIX COM SUCESSO. ADM MEDICAÇÕES C.P.M FEITO EXAMES DE IMAGEM + SUTURA + INICIADO ANTIBIÓTICO CEFALOTINA + IMOBILIZAÇÃO. SEGUE DE ALTA APOS TERMINO DA MEDICAÇÃO + REAVALIAÇÃO MEDICA.


MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES
COREN 1283495

Ficha de Atendimento
Urgência / Adulto



781879

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	Idade: 30	Dt. Nascimento: 23/01/1989 02:00:00
CPF: 03962592350	Identidade / RG: 5039289	Sexo: F
Mãe: ANTONIA CELENE PINHEIRO	Pai: CLEONES FRANCISCO LIMA DOS S	Telefone: 988044559
Carteirinha: 08650001866846020	Senha Aut: 107316127	Guia: 1263167
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO	Plano: UNIMED BASICO	Validade: 31/05/2021
Endereço: CONJUNTO RESIDENCIAL FRANCI	Bairro: PARQUE SUL	Complemento: QUADRA A BLOCO 10 A
CEP: 64036510	Cidade: TERESINA	Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 781879	Prontuario: 40599	Data/Hora: 18/10/2019 18:54:55
Origem do Atendimento: URGÊNCIA		Usuario: FNCARVALHO
Médico: ALBERT BASILIO MEDEIROS		
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	Telefone:
Endereço:	Bairro:
Complemento:	

Assinatura Cliente/Responsável

PACIENTE: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

DATA NASC.: 23/01/1989

CPF: 03962592350

SEXO:

ATENDIMENTO: 781879

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO

PROTUARIO: 40599

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

do joelho
dor local
dor após retirada de corpo estranho

RDA

EXAME FÍSICO

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO PROPOSTO

ASSINATURA DO MÉDICO(a)

DIAGNÓSTICO

Atendimento: 781879

Prontuário: 40599

Data do atendimento: 18/10/2019 18:54:00

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 anos e 9 meses

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

Data de Nascimento: 23/01/1989

Médico(a) Assistente / CRM: ALBERT BASILIO MEDEIROS / CRM - PI - 3567

Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 18/10/2019

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: M255 - DOR ARTICULAR (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

ALBERT BASILIO MEDEIROS
CRM 3567 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data nasc: 23/01/1969 Idade: 30a 9m 21d
Pedido: 188064 Atendimento: 781879
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO Data do Exame: 18/10/2019
Med. Solicitante: ALBERT BASILIO MEDEIROS



RX JOELHO ESQUERDO

RELATÓRIO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Estruturas ósseas com morfologia e densidade radiográfica preservada.
- Espaços articulares fêmuro-tibial e patelo-femoral conservados.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- O estudo radiológico do joelho esquerdo não evidencia anormalidades.


HERBERT GALENO PRADO MENDES
CRM : 3242

HOSPITAL UNIMED ILHOTAS
Rua Monsenhor Gil, 3330 - Cep 64001-545
Fret Serafim - Teresina - Piauí Tel.: (86) 2107-8686
Fax: (86) 2107-8652 CNPJ: 06.555.031/0001-95

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - Cep 64007-250
Teresina - Piauí. Tel.: (86) 2107-1600
CNPJ: 06.555.031/0002-76

Site: www.unimedterresina.com.br E-mail: hospital@unimedterresina.com.br

Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
 Prescrição...: 1078515 Data: 18/10/2019 19:00
 Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)
 Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO
 Internação...: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int
 Médico...: ALBERT BASILIO MEDEIROS - CRM 3567
 FUNÇÃO: MEDICO(A)
 Unid. Int.: Leito...: Cobertura:
 Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
TILATIL PO SOLINJ. 20MG	1	FA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 19

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
HEMOGRAMA COMPLETO : Pedido: 241284						
VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO - VHS : Pedido: 241284						

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUAS (ESQUERDO) : Exame: 188064						

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
 Prescrição...: 1078585 Data: 18/10/2019 20:45
 Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)
 Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO
 Internação...: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int
 Médico...: ALBERT BASILIO MEDEIROS
 Unid. Int.: Leito...: Cobertura:
 Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:
 PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ALCIOMAR VERAS VIANA - CRM - PI - 2631
 FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
SORO FISIOLÓGICO-1000ML	1	FR		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
TRAMADOL SOLINJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2	1	ML		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FR				
RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> KIT EV 10ML	1	KIT				
DIPIRONA SOLINJ. 1G-2ML	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> SERINGA DESCARTÁVEL 3ML	1	UND				
-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10CC CÍBICO	1	UND				
SIAGULHA						
-> AGULHA DESC. C/ISP.18GX1(40X12)	1	UND				

Relatório de Prescrição / Evolução

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
 Prescrição.: 1078515 Data: 18/10/2019 19:00
 Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)
 Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO
 Internação.: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int
 Médico...: ALBERT BASILIO MEDEIROS - CRM 3567
 FUNÇÃO: MEDICO(A)
 Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
 Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TILATIL PO SOL.INJ. 20MG	1	FA		IV	1 X AO DIA	[18/10] - 19

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 HEMOGRAMA COMPLETO : Pedido: 241284						
3 VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO - VHS : Pedido: 241284						

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUAS (ESQUERDO) : Exame: 188064						

ALBERT BASILIO MEDEIROS
 CRM 3567

2ª VIA

Paciente.: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
Prescrição.: 1078515 Data: 18/10/2019 19:00
Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)
Convênio.: UNIMED INTERCAMBIO
Internação.: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int
Médico.: ALBERT BASILIO MEDEIROS - CRM 3567
Função: MEDICO(A)
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Dd.: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TILATIL PO SOL.INJ. 20MG	1	FA		IV	1 X AO DIA	[18/10] . 19

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 HEMOGRAMA COMPLETO - Pedido: 241284						
3 VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO - VHS - Pedido: 241284						

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUAS (ESQUERDO) Exame: 188064						

ALBERT BASILIO MEDEIROS
CRM 3567

Relatório de Prescrição / Evolução

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
 Prescrição.: 1078585 Data: 18/10/2019 20:45
 Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)
 Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO
 Internação.: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int
 Médico...: ALBERT BASILIO MEDEIROS
 Unid. Int.: Leito... Cobertura:
 Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:
 PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ALCIOMAR VERAS VIANA - CRM - PI - 2631
 FUNÇÃO: MEDICO(A)

Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 SORO FISIOLÓGICO-1000ML	1	FR		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
6 TRAMADOL SOL INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2	1	ML		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FR				
7 RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> KIT EV 10ML	1	KIT				
8 DAPIRONA SOL INJ. 1G-2ML	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> SERINGA DESCARTÁVEL 3ML	1	UND				
-> AGUA DESTILADA SOL. INJ. 10ML	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10CC C/BICO S/AGULHA	1	UND				
-> AGULHA DESC. C/DISP.18GX1(40X12)	1	UND				

ALCIOMAR VERAS VIANA
 CRM 2631

Ficha de Atendimento
Internação / Adulto



775542

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	Idade: 30	Dt. Nascimento: 23/07/1989 02:00:00
CPF: 03962592350	Identidade / RG: 5039289	Sexo: F
Mãe: ANTONIA CELENE PINHEIRO	Pai: CLEONES FRANCISCO LIMA DOS	Telefone: 988044559
Carteirinha: 08650001866846020	Senha Aut: 107164507	Gula: 1254940
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO	Plano: UNIMED BASICO	Validade: 31/05/2021
Endereço: CONJUNTO RESIDENCIAL FRANCI	Bairro: PARQUE SUL	Complemento: QUADRA A BLOCO 10 A
CEP: 64036510	Cidade: TERESINA	Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 775542	Prontuario: 40599	Data: 09/10/2019
Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO	Usuario: JERAZAO	
Médico: JOSE RENATO BRANDIM GOMES		
Procedimento: ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO		
Unidade de Internação: PGSTO 05		Leito: ENFERMARIA 752

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: ANTONIA CELENE PINHEIRO	Telefone: 988044559	
Endereço: RESIDENCIAL PORTAL DO SUL	Bairro: PARQUE SUL	Complemento: QUADRA A BLOCO 10 AP

Termo de Responsabilidade

1º - Autorizo o corpo clínico deste Hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão ou outros) que for julgado necessário ou prudente no paciente acima identificado, assim como transferi-lo para outra unidade hospitalar desde que os médicos achem necessário.

2º - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.

3º - Declaro que me responsabilizo pela retirada do paciente após a sua alta e estou ciente que o Hospital tomará as medidas legais para o seu encaminhamento caso o mesmo não seja retirado após a alta.

4º No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.

DIAGNÓSTICO

Atendimento: 775542

Prontuário: 40599

Data do atendimento: 09/10/2019 08:19:00

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 anos e 9 meses

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

Data de Nascimento: 23/01/1989

Médico(a) Assistente / CRM: JOSE RENATO BRANDIM GOMES / CRM - PI - 2083

Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 09/10/2019

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: M255 - DOR ARTICULAR (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

JOSE RENATO BRANDIM GOMES
CRM 2083 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
Data nasc: 23/01/1989 Idade: 30a 9m 21d
Pedido: 186571 Atendimento: 775542
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO Data do Exame: 09/10/2019
Med. Solicitante: JOSE RENATO BRANDIM GOMES

RX JOELHO ESQUERDO

RELATÓRIO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências AP/PERFIL:

Os seguintes aspectos foram observados:

- Enfisema de subcutâneo.
- Espaços articulares fêmuro-tibial e patelo-femoral conservados.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Controle evolutivo pós-operatório.



DANIEL JOSE MARTINS BARBOSA
CRM : 2706

HOSPITAL UNIMED ILHOTAS
Rua Monsenhor Gil, 3330 - Cep 64001-545
Frei Serafim - Teresina - Piauí Tel.: (86) 2107-8686
Fax: (86) 2107-8652 CNPJ: 06.555.031/0001-95

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - Cep 64007-250
Teresina - Piauí. Tel.: (86) 2107-1600
CNPJ: 06.555.031/0002-76

Site: www.unimedteresina.com.br E-mail: hospital@unimedteresina.com.br

Relatório de Evolução

Paciente: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 Anos 9 Meses 21 Dias

Data de Nascimento: 23/01/1989

Prestador Assistente: ALBERT BASILIO MEDEIROS

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 3567

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento: 775542

Leito: ENFERMARIA 75.2

Admissão: 09/10/2019 08:19

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

EVOLUÇÃO: 1069754 (FECHADO)

Responsável: JOSE RENATO BRANDIM GOMES - CRM-2083
/ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

09/10/2019

Data/Hora do Documento:

09/10/2019 10:51

paciente internada para artrotomia de joelho esquerdo por conta de corpo estranho

JOSE RENATO BRANDIM GOMES
CRM 2083

Paciente: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 Anos 9 Meses 21 Dias

Data de Nascimento: 23/01/1989

Prestador Assistente: ALBERT BASILIO MEDEIROS

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 3567

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento 775542

Leito: ENFERMARIA 752

Admissão: 09/10/2019 08:19

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

EVOLUÇÃO: 1070920 (FECHADO)

Responsável: JOSE RENATO BRANDIM GOMES - CRM 2083
/ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

10/10/2019

Data/Hora do Documento:

10/10/2019 13:46

PACIENTE BEM, SEM DOR
FO EM BOM ESTADO
PERFUSÃO OK
CD ALTA COM AINH

JOSE RENATO BRANDIM GOMES
CRM 2083

Relatório de Evolução

Paciente: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 Anos 9 Meses 21 Dias

Data de Nascimento: 23/01/1989

Prestador Assistente: ALBERT BASILIO MEDEIROS

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 3567

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento 775542

Leito: ENFERMARIA_75.2

Admissão: 09/10/2019 08:19

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

EVOLUÇÃO: 1070748 (FECHADO)

Responsável: ITALO GOMES SUCUPIRA - CRM 6421

Data de Referência: 10/10/2019

Data/Hora do Documento: 10/10/2019 10:19

Chamado ao posto para avaliação de paciente .

Informa prurido pelo corpo

Sinais vitais estáveis

- Medicação

ITALO GOMES SUCUPIRA
CRM 6421

Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Prescrição...: 1069860 Data: 09/10/2019 11:54

Atendimento: 775542 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)

Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO

Internação...: 09/10/2019 08:19 0 Dias(s) Int

Médico...: JOSE RENATO BRANDIM GOMES - CRM 2083

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Unid. Int.: POSTO 05 Leito...: ENFERMARIA_75.2 Cobertura: ENFERMARIA 2 LEITOS

Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE						
Obs.: após 16 h						CONTINUA [09/10] 11:54

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SORO GLICOSADO SOL.INJ.500ML	1	FA		IV	8/8 H	[09/10] . 16 [10/10] . 08 . 08
3 (D1/2) CEFALOTINA PO SOL.INJ. 1G S/DIL	1	FA		IV	6/6 H	[09/10] . 17 . 23 [10/10] . 05 . 11
-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML						
	1	AMPOLA				
4 DÍPIRONA SOL.INJ. 1G-2ML	1	AMPOLA		IV	6/6 H	[09/10] . 16 . 22 [10/10] . 04 . 10
-> SERINGA DESCARTÁVEL 3ML						
	1	UND				
-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML						
	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10CC C/BICO						
	1	UND				
S/AGULHA						
-> AGULHA DESC.						
	1	UND				
C/Disp.18GX1(40X12)						
5 PROFENID IV PO SOL.INJ.100MG	1	FA		IV	12/12 H	[09/10] . 23 [10/10] . 11
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML						
	100	ML				
6 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2	2	ML		IV	ACM	
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML						
	1	FR				
7 RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML	1	AMPOLA		IV	12/12 H	[09/10] . 23 [10/10] . 11
-> KIT EV 10ML						
	1	KIT				
8 NAUSEDRON SOL.INJ. 4MG - 2ML	1	AMPOLA		IV	ACM	
Obs.: SE NECESSÁRIO						
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML						
	1	FR				

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO) ; Exame: 186571						

CUIDADOS GERAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	----------------

Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Prescrição.: 1069860 Data: 09/10/2019 11:54

Atendimento: 775542 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)

Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO

Internação.: 09/10/2019 08:19 0 Dias(s) int

Médico.....: JOSE RENATO BRANDIM GOMES - CRM 2083

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Unid. Int.: POSTO 05 Leito.: ENFERMARIA_75.2 Cobertura: ENFERMARIA 2 LEITOS

Cie.....: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

2ª VIA

Rubrica do Responsável



CUIDADOS GERAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
10 CUIDADOS INTERMEDIARIOS					6/6 H	[09/10] 11:54 17:54 23:54 [10/10] 05:54 11:54

FISIOTERAPIA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
11 FISIOTERAPIA MOTORA					1 X AO DIA	

JOSE RENATO BRANDIM GOMES
CRM 2083

Relatório de Resumo de Alta

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 10/10/2019 13:52:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

RG: 5039289

PESO:

IDADE: 30 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 23/01/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE RENATO BRANDIM GOMES

DATA DE ATENDIMENTO: 09/10/2019 08:19:47

ATENDIMENTO: 775542

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO

PLANO: UNIMED BASICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M255 - DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M255 - DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M255 - DOR ARTICULAR

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

09-10-2019 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO)

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFALOTINA PO SOL.INJ. 1G S/DIL

09/10/2019

09/10/2019

TRATAMENTO TERAPÊUTICO

PRESTADOR: JOSE RENATO BRANDIM GOMES

ÚLTIMA:

10/10/2019

EVOLUÇÃO

PACIENTE BEM, SEM DOR

PO EM BOM ESTADO

PERFUSÃO OK

CD ALTA COM AINH

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO

JOSE RENATO BRANDIM GOMES
CRM-2083

NOME : CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

MÉDICO : JOSE RENATO BRANDIM GOMES

NÚMERO : 448182

DATA : 14/03/2019

FATURA: 4929436



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

RELATÓRIO

TÉCNICA:

- Exame realizado em sequências de Spin-echo e Fast spin-echo ponderadas em T2 e DP, com e sem saturação de gordura, em corte multiplanares, sem infusão do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- Artefatos ferromagnéticos ao nível da tela subcutânea profunda, adjacente a margem ântero-medial da região metafisária da tibia, próximo a inserção distal da pata anserina, distando em cerca de 2,1 cm do respectivo platô tibial, degradando parcialmente algumas imagens.
- Há também, pequenos focos de artefatos ferromagnéticos na tela subcutânea superficial margeando a pele, ao nível ântero-medial da patela, associado a edema sem coleções.
- Tênuo edema da gordura infrapatelar súpero-patelar, podendo corresponder a hipersolicitação do mecanismo extensor.
- Demais planos músculos-adiposos peri-capsulares no campo de estudo íntegros.
- Ausência de derrame intra-articular.
- Estrutura óssea cortical e esponjosa dentro dos limites de normalidade.
- Meniscos medial e lateral apresentando formas, contornos e sinais preservados.
- Ligamentos cruzados anterior e posterior de espessura e intensidade de sinal normal.
- Ligamentos colaterais medial e lateral anatômicos.
- Tendão do mecanismo extensor com componentes quadricipital e patelar preservados.
- Superfícies articulares femoro-tibiais e femoro-patelares apresentando revestimento cartilaginoso homogêneo e com espessuras habituais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Artefatos ferromagnéticos ao nível da tela subcutânea profunda, adjacente a margem ântero-medial da região metafisária da tibia. Há também, pequenos focos de artefatos ferromagnéticos na tela subcutânea superficial margeando a pele, ao nível ântero-medial da patela, associado a edema sem coleções. Tais achados são inespecíficos, no entanto, no contexto clínico, deve-se considerar como principal hipótese a presença de corpo estranho.

Digite: RODRIGO

14-03-2019 15:17:53
15-03-2019 17:15

Rodrigo Camargo Vasconcelos
CRM 5180

Evaldo Teixeira Nunes
CRM 2195