

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170657519**

Vitima: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Data do Acidente: **13/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170657519**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12137969



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUVENAL ALVES NOGUEIRA JUNIOR

RG nº 1.443.220, data de expedição 14/06/17

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 727.293.593-20, com

domicílio na cidade de AGUA BRANCA PI, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MAJOR ANTÔNIO LOPES, nº 484,

complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ANTÔNIO GOMES DA SILVA, cujo o condutor era

ANTÔNIO GOMES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA POP. 110I

Ano: 2016/2017

Placa: PIZ-6401

Chassi: 9C280100HR230797

Data do Acidente: 13-08-2017

Local e Data: AGUA BRANCA PI 02.11.2017

Juvenal Alves Nogueira Junior
Assinatura do Declarante

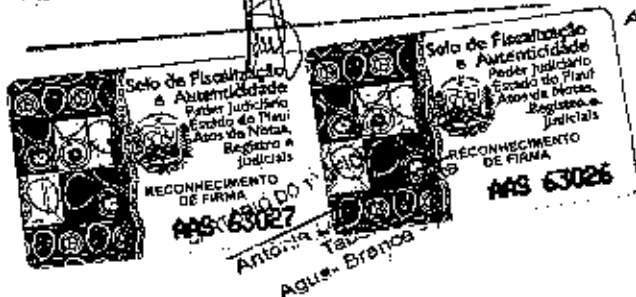
ANTONIO GOMES DA SILVA
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço a(s) firma(s) como verdadeira(s)
de Juvenal e Antonio
Nogueira Junior e Antonio
Gomes da Silva
O referido é verdadeiro dou fé
AGUA - Branca PI 02/11/2017

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

Antônio Leal P. F. Leite
Tabela
Agua - Branca - PI



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



e <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206

(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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, extirpar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Gomes da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 536.800.303 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Antonio Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 536.800.303 / 04 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço <u>Rua Sete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>lento</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Elaboração Veloso</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325.000</u>
Email <u>carladruonasousa@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(86) 9402.2764</u>	Telefone celular (DDD) <u>9981.6008</u>

Elaboração Veloso, Pi 29 de Novembro de 2017
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



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



e <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206

(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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, extirpar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Gomes da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 536.800.303 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Antonio Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 536.800.303 / 04 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço <u>Rua Sete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>lento</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Elaboração Veloso</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325.000</u>
Email <u>carladruonasousa@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(86) 9402.2764</u>	Telefone celular (DDD) <u>9981.6008</u>

Elaboração Veloso, Pi 29 de Novembro de 2017
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



Fatura Mensal

2624741-0 Hidrômetro **A12L004635** **JUL/2017**

Nome/Razão Social/Endereço
MAHIA DO SOCORRO GOMES DA SILVA
RUA LUIS DO JO, QEC01
BUI LINGAO
AGUA BRANCA 64460000

AG= 108

Classificação	Des.	Tipologia de Uso	Medição
Água/Esgoto		Com. Ind. Pub.	
3/1	1		3 1 09 1841 0052-000

08/06/2017 06/07/2017 28

Mês/Ano	Medição de Consumo	Consumo	Diurno
01/17	396	8	0
02/17	407	11	0
03/17	419	12	0
04/17	428	9	0
05/17	434	6	0
06/17	440	6	0
07/17	445	5	0

443

Forma de Pagamento
FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO

Código de Verificação
028359157

Código de Verificação
01

Código de Verificação
8

Código de Verificação
5

Código de Verificação
10

Cód. Nome do Serviço
AGUA
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001
JUROS DE MORA 001/001
MANUTENCAO HIDROMETRO

Valor (R\$)
25,73
1,32
2,13
1,60

Comprovante de residência



17/07/2017 **30,78**

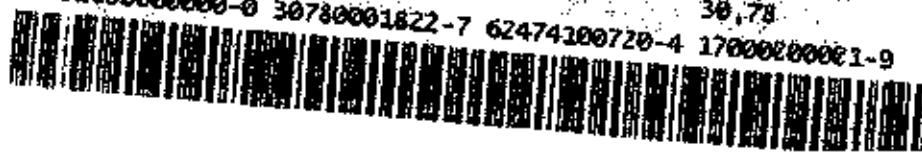
AVISO DE DEBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$28,47
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetro	Valor Máximo Permitido	Valor Mínimo de Amostragem Exigida	Valor Mínimo de Amostragem Realizada	Valor Máximo	Valor Mínimo	Valor Máximo	Valor Mínimo
Preservação da Qualidade da Água	5,0	3,0	1,33	7,18	0,07	0,00	0,00

PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

PI CORRETORA DE SEGUROS
11 DEZ 2017
DPVAT



TIM Celular S.A.
 Av. PRT Serafim, 1989 - Sala 6
 Centro - Teresina - PI
 CNPJ: 04.206.050/0001-84 - IE: 19.455.632-8
 CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80

TIM

Página 1 de 6

R\$ 134,27

VENCIMENTO

25/10/2017

EMIÇÃO: 07/10/2017

POSTAGEM: 16/10/2017

NÚMERO: 3215557866

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 1.51688701

ACESSO: 86 99981-6008



CTCE FORTALEZA CE PL8
 ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 R 7 DE SETEMBRO 244 CS
 CENTRO
 84325-000 - ELESBAO VELOSO - PI



Comprovante de residencia



IMPORTANTE PARA ADRIANA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDIs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/nonadigito.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/SET A 06/OUT

SERVIÇOS	VALOR
MENSALIDADES	R\$ 109,90
MENSALIDADES ADICIONAIS	R\$ 9,80
ITENS EVENTUAIS	R\$ 0,00
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 11,25
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,37
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,82
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,13

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES

Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos

Oferta TIM Pós A Plus (087/PÓS/SMP)

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
4 GB de Internet	4GB	2,02GB	1	30	07/09 a 06/10	75,20
Minutos locais e DDD com 41	Pacote	183m24s	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
TIM Music (incluso)	-	-	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
						9,90

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meutim.com.br. Central de Atendimento: 1056.

CONTA ONLINE TIM

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

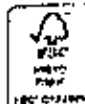
IMPOSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	RS 0,68
ICMS	25%	R\$ 84,72	R\$ 21,18	FUNTEL:	R\$ 0,34
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,23%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				

*Em atendimento à Lei 12.741/2012
 As contribuições de FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas ao cliente

**PJ CORRETORES
 DE SEGUROS**

11 DEZ 2017

DPVAT



207/1007 TIM OS SP IV EP 1340 A0849
 PLO - EMP TIM ALOIT 6503348 - PAG. CLIENTE 78 - PAG. SP00L 37603/52115

Comprovação de ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02

USUÁRIO:
ALINE

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. Nº 116

DATA: 13/08/2017 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE HORA: 18:46:22
COD.: 25060 Paciente: ANTONIO GOMES DA SILVA Nasc.: 19/01/1974
Raça: 003 Idade: 43 Anos, 6 Meses e 25 Dias.
Nome do Pai: RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA
Sexo: M Telefone: (86)98009-020 Cep: 64460000
Endereço: RES SOARES Q E 01 Bairro: BOLUNGAO Numero:
Município: AGUA BRANCA UF: PI IBGE Mun.: 2200202
Nacionalidade: BRASILEIRO(A) Município Nascimento: HUGO NAPOLEAO UF: PI
CNS: 131058488930018
RG Nº: Orgão Emissor: Data Emissão: 11
CPF: *ATN DEC*

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 182251 Data: 13/08/2017 18:46:22 Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros
Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência Convênio: SUS
QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

*Paciente vítima de acidente motorístico,
com trauma em vias. Em pós-operatório de perfuração
+ 3 mm*

EXAMES FÍSICOS:

trauma em tórax (E?) Raro X.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

bilosteno - lap mb

Dr. Raphael Melo

Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-PI 5192

Dr. Raphael Santos Melo
CRM.: CRM - PI 5192 CNS: 702004390963989

Rafael P. de Almeida
Assinatura do Paciente ou Impressão Digital



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA – SSP
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL – DGPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O.: 00254

Resp. pelo Registro:

Bel. Gregório Luiz de Sousa

Delegado: Bel. Thiago Damasceno Sousa

DATA: 27/11/2017

HORÁRIO: 12:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Horário do fato: 18:30 HORAS DE 13/08/2017 Local: Na BR 343 S/N Bairro: Zona Rural

Município: Água Branca do Piauí/PI Ponto de Referência: Próximo ao Matadouro de Água Branca.

NATUREZA DO FATO

ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTOCICLETA)

DADOS DO INFORMANTE

Nome: ANTONIO GOMES DA SILVA Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Hugo Napoleão /PI
Profissão: Auxiliar diverso Data de Nascimento 19/01/1974 Endereço: Rua Luis do Jô QD E, CS
01, Resid. Soares BAIRRO: Mulungão de Água Branca do Piauí/PI Filiação: Marla Francisca Gomes da
Silva e Raimundo Pereira da Silva Fone: 86 R.G: 1.315.601 SSP/PI CPF: 536.800.303-04.

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): O Noticiante.

Autor(es): O Estado.

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Desc. do(s) veículo(s): Uma motocicleta HONDA / POP 110I, cor preta, placa PIZ - 6401 - Água Branca do Piauí, ano de fabricação 2016 modelo 2017, renavam 01108060606, chassi 9C2JB0100HR230797, Proprietário Juvenal Alves Nogueira Júnior, CPF 727.273.573-20.

NARRATIVA DO FATO

O NOTICIANTE relata que no dia 13/08/2017, por volta das 18:30 hs, estava conduzido uma motocicleta acima mencionado, na BR 343, próximo ao matadouro da Cidade de Água Branca, o noticiante relata que atropelou uma vaca (bovino), o noticiante relata que ao cair fraturou o tornozelo esquerdo, o noticiante ao cair foi levado para o hospital de Água Branca examinado e liberado para o Hospital Universitário, em Teresina. O noticiante sabendo da gravidade do fato veio até esta Delegacia de Polícia Civil comunicar o fato. Dados e passados em São Pedro do Piauí. Diante do exposto pede providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim

Responsável pelo registro

Responsável pela informação

Visto do(a) Delegado(a)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 DEZ 2017

DPVAT

Declaração de Inexistência da IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Gomes da Silva

CPF da Vítima

536.800.303-04

Data do Acidente

13.08.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Agua Branca 29 de novembro de 2017

Local e Data

Antonio Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 DEZ 2017

DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO GOMES DA SILVA** Sinistro: **3170657519** Data: **13/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LUIS DO JO, SN, QE C01 - BOLUNGAO - Água Branca - PI - CEP 64460-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **1315601**

Data local do exame: [**06/02/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS. VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE ÓSSEA NO TORNOZELO ESQUERDO, COM INTENSA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

A vítima tem SINISTROS ANTERIORES já indenizados: 1) Em 28/08/2015: 28,75% (10% SNC + 18,75% ombro D). 2) Em 11/08/2017: 18,75% (tnz E) Nota do revisor: a vítima tem sinistro anterior no qual foi indenizada em 18,75% da IS em virtude de sequela no mesmo membro lesionado no acidente ora analisado (MIE). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao indenizado anteriormente.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoredelider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

536.800.303-04

Nome completo da vítima

Antonio Gomes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antonio Gomes da Silva		CPF titular da conta 536.800.303-04	Profissão Craio Rural
Endereço Rua Loureiro do 50		Número 517	Complemento 6-E-01
Bairro Bolonção	Cidade Aguia Branca	Estado Piauí	CEP 64.460-000
E-mail recusa-se			Telefone (DDD) 186 9411.5193

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00*	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPEÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____	
AGÊNCIA NRO. 3807	DIV 0	CONTA NRO. 02133	DIV 0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Aguia Branca, Pi 29 de Novembro de 2017

Local e Data

Antonio Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 DEZ 2017

DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Sinistro: **3170657519**
Vítima: **ANTONIO GOMES DA SILVA**
Data do Acidente: **13/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170657519** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170657519**
Vitima: **ANTONIO GOMES DA SILVA**
Data do Acidente: **13/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170657519**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO GOMES DA SILVA**

Sinistro: **3170657519**
Vítima: **ANTONIO GOMES DA SILVA**
Data do Acidente: **13/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170657519** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170657519

Cidade: Água Branca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO GOMES DA SILVA

Data do acidente: 13/08/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE ÓSSEA NO TORNOZELO ESQUERDO, COM INTENSA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/02/2018

Conduta mantida:

Observações: A vítima tem SINISTROS ANTERIORES já indenizados:

1) Em 28/08/2015: 28,75% (10% SNC + 18,75% ombro D).

2) Em 11/08/2017: 18,75% (tnz E)

Nota do revisor: a vítima tem sinistro anterior no qual foi indenizada em 18,75% da IS em virtude de sequela no mesmo membro lesionado no acidente ora analisado (MIE/ tornozelo). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao indenizado anteriormente.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

APR 1964 613

[illegible]

REINTEGRO HIDROTERIO
ALMO: DE NOVA COLONIA
MOTA IMPORTANTE COLONIA

150115017

[illegible][illegible]

0-1968070701 4-0510001450 T-551000150E Q-0000000000

0-1968070701 4-0510001450 T-551000150E Q-0000000000

CAIXA

POUPANÇA

603689 0010 45140 1392

ANTONIO GOMES DA SILVA

3827 013 00002133-0 05/21 508



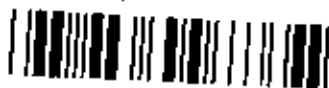
débito

PJ CORREIO
DE SEGUROS

11 DEZ 2017

REMAT

Procuração



PROCURAÇÃO

OUTOGANTE: ANTONIO GOMES DA SILVA BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL SOLTEIRO PROFISSÃO Trabalhador Rural CI RGN.º 1.315.601 CPF/MF
Nº 536.800.303.04 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA LUIZ DO JÔ RESIDENCIAL SOARES D. E CASA D1
CIDADE DE AGUA BRANCA PI
ESTADO PIAUÍ CEP 64460-000

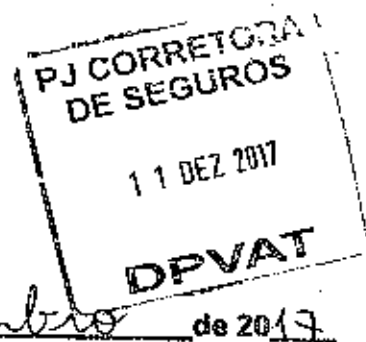
OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.



CARTÓRIO DO 1º Ofício de Notas
Água-Branca - PI
Antônia Leal F. Leal



O referido e verdade, dou fé
ÁGUA - Branca - PI 22/11/2017

Água Branca Piau. Pi 22 de Novembro de 2017

Antonio Gomes da Silva

OUTORGANTE



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço a(s) firma(s) por semelhança
de Antonio Gomes da Silva

[illegible]

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170657519 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 13/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da tibia esquerda, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Atentar para duplicidade de sequelas.
Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCAR
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 13/02/17 HORA: 9:00 Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICIPIO Agua Branca

MÉDICO: Amilsson Marques Cavalcante Brito CRM: 6785

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (☒) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antônio Gomes do Vale

Data de Nascimento 14.01.1974 Idade: 43 anos Sexo: (☒) Masculino () Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde 12205393246013

Município de Procedência Agua Branca

HDA: Paciente em estado instável, com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sinais de insuficiência renal, com quadro de insuficiência hepática, com quadro de insuficiência pulmonar, com quadro de insuficiência sistêmica, com quadro de insuficiência multiorgânica.

HD: _____ CID _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- (☒) 4 - Espontânea
3 - Comandos
2 - À dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (☒) 5 - Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (☒) 6 - Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: 98 bpm R: 18 mrm PA: 120/80 mmHg Sat O₂ 95% Glicemia: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação (especificar) _____
() Curativo (☒) Outros: SF 0,22, 500 ml, EV 1450 ml

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Documentação médico - hospitalar



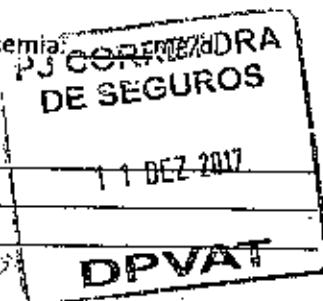
Assinatura e carimbo do Médico

Dr. Amilsson Marques
MÉDICO
CRM-PI 6785

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H. U. de Teresopolis

Clínica/Posto: Ortopedia Senha: 2004 0273 38749



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

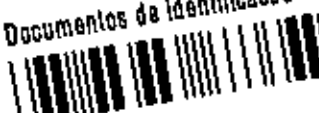
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO




Adriana Carla de Sousa Silva
1357344

ASSINATURA DO TITULAR
CARTÃO DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 DEZ 2017

DPVAT

LEI Nº 7.112 DE 28/02/73 - DECRETO Nº 89.200/73

1357344

849.394.433-53

EXP. ELISBAO VELOSO-PI 28/05/90

CENT. NASC. 19301 L A38 P 178

REG. CIVIL

REGENERAÇÃO-PI

DATA DO NASCIMENTO 30/07/1977

ACTUALIZAÇÃO

JOSE MISSIAS DA SILVA

MARIA CARMELITA DE SOUSA

RELACAO

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

11/04/17

1.651.371

DATA DE EXPIRACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ANTONIO GOMES DA SILVA

4159369

NOME

Nº do prontuário

42

A

Enfermaria

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA: 5 DIAS

alta 20/08/17 Rigolda



Hospital
Universitário

ESF

Ministério da
Educação

BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



7C 86 ART

6X

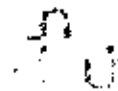
ORTOPEDIA

Vigilância



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE Hospital Universitário	2 - INSC 3 295 301
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Hospital Universitário	4 - CNES 3 295 301

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO GOMES DA SILVA	6 - NÚMERO PRONATÁRIO 4152369			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 131058488930018	8 - DATA DE NASCIMENTO 19/01/1974	9 - SEXO Masculino	10 - RAÇA / COR Parda	11 - E-IMA
11 - NOME DA MÃE MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA	12 - TELEFONE DE CONTATO (86) 9999-74875	13 - TELEFONE DE CONTATO		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL () PRÓPRIO	14 - TELEFONE DE CONTATO			
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES, 1	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ÁGUA BRANCA			
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2200202	18 - UF PI	19 - CEP 64-160000		
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH 2217101434856				

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS	22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0415010012	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0206030029	25 - DTOR 01
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3.5mm	27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0702030849	28 - DTOR 01
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - DTOR
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - DTOR
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - DTOR
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - DTOR
41 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	42 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	43 - DTOR

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Requerente operando fecho interarticular
Lombar. Remoção do TC do Lombar
procedimento cirúrgico

DELEGADA
CORRETORA
DE SEGUROS
1 DEZ 2017
DPVAT

PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	45 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/08/2017	46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Lafarelli Macedo Médico CRM-PI 6474
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF	48 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL	

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	50 - COD. ORGÃO EMISSOR	51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	53 - DOCUMENTO () CNS () CPF	54 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL

Dr. Lafarelli Macedo
Médico
CRM-PI 6474



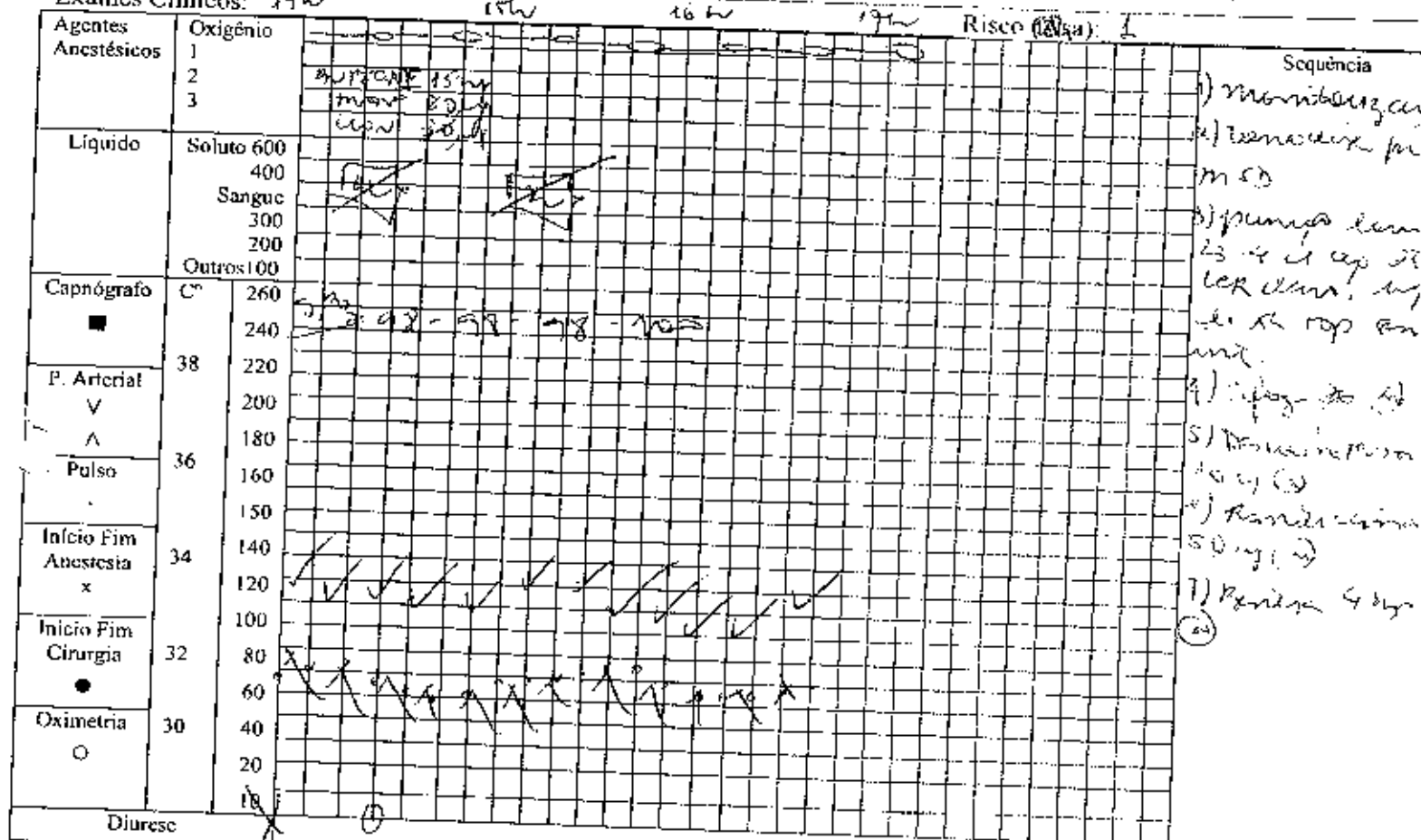
Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/A BAIRRO LINÇA

EBSER
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente: Antônio Gomes da Silva Pront.: _____ Inf: _____ Leito: _____ DN: 11
Cirurgião: Dr. Bruno Diagnóstico pré-operatório: _____
Cirurgia realizada: Exatoma de tórax + pleuro
Condições pré-operatórias: sem
Exames Clínicos: 14w



Acidente - Incidente: _____ Duração: _____
Justificativas: _____
Técnica Anestésica: Baquin

icío: <u>14w</u>	Oxigênio	Paciente Transfundido	Monitorização
Término: _____	GS	Vol: _____	☒ ECG
	RH		☒ Oxímetro
			☒ PANI
			☐ Capnógrafo
			☐ PVC
Doses Utilizadas			
Adrenalina _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Ondasentrona _____ Amp	
Atropina _____ Amp	Etilefrina _____ Amp	Omeprazol _____ Fr	
Atracúrio _____ Amp	Penilefrina _____ Amp	Pancurônio _____ Amp	
Agua dest. 10 _____ Fr	Fentanil _____ Amp	Propofol _____ Amp	
Bic. de sódio _____ Fr	Furosemida _____ Amp	Ranitidina <u>0.2</u> _____ Amp	
Bupivacaína 0,5% <u>0.1</u> _____ Amp	Glicose 50% _____ Amp	Sevoflurano _____ Fr	
Cefazolina <u>0.2</u> _____ Fr	Hidro cortizona _____ Fr	Suxametônio _____ Amp	
Cetamina _____ Amp	Isoflurano _____ Fr	Sufentanil _____ Fr	
Cetoprofeno _____ Fr	Lidocaina 2% _____ Amp	Soro Glicosado _____ Amp	
Clonidina _____ Amp	Midazolam <u>0.1</u> _____ Amp	Soro fisiológico _____ Amp	
Dexametazona <u>0.1</u> _____ Amp	Morfina _____ Amp	S. Ringer lactato <u>23</u> _____ Fr	
Diazepam _____ Amp	Naloxona _____ Amp	Tramadol _____ Amp	
Dipirona _____ Amp	Neostigmina _____ Amp		

Data: 18 / 08 / 2017

Anestesiologista/Carimbo

3544



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFMG
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO IMINGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

EBSERH
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

DATA: 18/07/2014 Posto: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____

Paciente: <u>Antônio Gomes dos Santos</u>	Prontuário: _____
Cirurgia: <u>Fratura de tíbia + fêmur</u>	
Anestesia: <u>Perif</u>	Anestesista: <u>Jana</u>
Alergia a drogas: ☒ Não () Sim. Quais? _____	
Necessidade de RPA: ☒ Sim () Não Assinatura anestesista: <u>Jana 3544</u>	
OBSERVAÇÕES:	

1) Monitorização	
2) O ₂ saturação por oxímetro nasal 7 l/min	
3) RL @ aguçado sem	
4) Aguçado sem	
5) AL 66 + 55W	
	<u>Jana 3544</u>

	Sim	Não	Local		Sim	Não	Local
Monitorização cardíaca				Dreno de penrose			
Oximetria				Dreno de tórax			
Oxigenoterapia				Dreno de sucção			
O ₂ : l/min							
Punção venosa Periférica				Dreno de kher			
Punção Venosa Central				Dreno mediastinal			
Sonda Nasogástrica				Colostomia			
Sonda Nasoenteral				Gastrostomia			
Curativo Cirúrgico				Outros:			
Sonda Vesical de Demora							

Líquidos administrados						Líquidos eliminados					
Tipo						Tipo					
Hora						Hora					
Total						Total					



Hospital
Universitário

EBSERH

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFP

CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: André Gouveia da Silva Prontuário: _____

Idade: 43 Gênero: ☐ M ☐ F Data da Avaliação: 17/08/17

Cirurgia proposta: Proctomia de fratura Cirurgião: Ant. Nunez Data da Cirurgia: 18/08/17

Peso: 80 Kg Altura: _____ cm DUM: _____ FC: _____ bpm PA: _____ x mmHg Tax: _____ °C

ANTECEDENTES PESSOAIS E ANESTÉSICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES	Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Coronariopatia ☐ Alergias ☐ Hipertermia Maligna ☐
CARDIOVASC.	Nenhum ☒ Hipertensão ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ Valvopatia ☐ Angina ☐ Infarto ☐ Insuf. Cardíaca ☐
RESPIRATÓRIO	Nenhum ☒ Secreção ☐ Tosse ☐ Febre ☐ Dispneia ☐ Asma ☐ Pneumonia ☐ DPOC ☐
NEUROLÓGICO	Nenhum ☒ Ansiedade ☐ Depressão ☐ Cefaleia ☐ Epilepsia ☐ Neuropatias ☐ Déficit ☐ AVC ☐
METABÓLITO	Nenhum ☒ Diabetes ☐ Perda Ponderal ☐ Obesidade ☐ Tireoidopatia ☐ Gravidez ☐
DIGESTIVO	Nenhum ☒ Náusea/vômito ☐ Gastrite/Úlcera ☐ Cirrose ☐ Sangramentos ☐ Diarreia ☐
ORTOPÉDICO	Nenhum ☒ Hérnia de disco ☐ Escoliose ☐ Fratura ☐ Fixação na Coluna ☐ Lombociatalgia ☐
RENAL	Nenhum ☒ Infecção ☐ Cálculos ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ Insuf. renal ☐
HEMATOLOGIA	Nenhum ☒ Anemia ☐ Sangramentos ☐ Hemofilia ☐ Transfusões anteriores ☐ Test. de Jevá ☐
ALERGIAS	Nenhum ☒ Medicação ☐ Alimentos ☐ Edema Glote ☐ Broncoespasmo ☐ Látex ☐ PCR ☐
DOENÇAS	Quais: _____
VÍCIOS	Hepatite (A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ HIV ☐ Tuberculose ☐ Chagas ☐ Outras ☐ Quais: _____
CIRURGIAS PRÉVIAS	Nenhum ☐ Sim ☒ Quais: <u>Fratura Tibia</u>
ANESTESIAS ANTERIORES	Não ☐ Sim ☐ Quais: Raqui-anestesia ☒ Peridural ☐ Bloqueio Penfêneo ☐ Geral ☐ Local ☐
MEDICAÇÕES EM USO	Não ☐ Sim ☒ Quais: <u>Insulina</u>



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

NOME: Antônio Gouveia de Silva DATA: 18/08/17

CIRURGIA PROPOSTA: Gastrectomia total TIPO DE ANESTESIA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | |
|---|--|
| ☐ HAS | ☐ Angioplastia com stent há _____ |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ AVC prévio |
| ☐ Tabagismo | ☐ Cirurgias _____ |
| ☐ IAM prévio | ☐ Alergia a medicamentos _____ |
| ☐ Revascularização do miocárdio há _____ | ☐ Outros _____ |

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

☒ Assintomático ☐ Angina (CCS) I II III IV ☐ Insuficiência cardíaca (NYHA) I II III IV

MEDICAÇÕES EM USO: _____

EXAME FÍSICO:

FC 75 bpm PA 110 x 60 mmHg AC: ACC, DNF, SS AP: MV bilateral

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG: ☒ normal ☐ alterado _____

RX de tórax: ☒ normal ☐ alterado _____

Ecocardiograma: _____

Outros _____

Hb 14 Hto 41 Pla 193 INR _____ TTPA _____ Na _____ K _____ Ur 20 Cr 0,65 Glic _____ TGO _____ pCO₂ _____ pO₂ _____

ALGORITMO DO AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (ACP):

- | | |
|--|--|
| ☐ IAM < 6 meses (10 pontos) | ☐ Ritmo não-sinusal ou com EEAA (5 pontos) |
| ☐ IAM > 6 meses (5 pontos) | ☐ > 5 EECV no ECG (5 pontos) |
| ☐ Angina Classe III (10 pontos) | ☐ pO ₂ < 60, pCO ₂ > 50, K < 3, Ur > 50, Cr > 3,0 ou restrito ao leito (5 pontos) |
| ☐ Angina Classe IV (20 pontos) | ☐ Idade > 70 anos (5 pontos) |
| ☐ EAP na última semana (10 pontos) | ☐ Cirurgia de emergência (10 pontos) |
| ☐ EAP alguma vez na vida (5 pontos) | |
| ☐ Suspeita de EAP crítica (20 pontos) | |

Se 0-15 pontos, avaliar número de variáveis de Eagle e Vanzetto para discriminar os riscos baixo e intermediário.

- | | |
|---|--|
| ☐ Idade > 70 anos | ☐ História de ICC |
| ☐ História de angina | ☐ História de IAM |
| ☐ DM | ☐ Alterações isquêmicas do ST |
| ☐ Ondas Q no ECG | ☐ HAS com HVE importante |

☒ Baixo risco (< 3,0% 0 ou 1 variável)
☐ Risco intermediário (3,0-15%) 2 variáveis
☐ Alto risco (> 15%) ≥ 3 variáveis

ALGORITMO DE LEE

- ☐ Operação intraperitoneal, intratorácica ou vascular suprainguinal
- ☐ História de doença arterial coronariana
- ☐ História de insuficiência cardíaca
- ☐ História de doença cerebrovascular
- ☐ Diabetes mellitus com insulinoterapia
- ☐ Creatinina pré-operatória > 2,0mg/dL

Classificação do risco (%) de complicações cardíacas maiores

- ☒ I (0,4%) Nenhuma variável (Muito baixo)
- ☐ II (0,9%) 1 variável (Baixo)
- ☐ III (6,6%) 2 variáveis (Moderado)
- ☐ IV (11%) ≥ 3 variáveis (Alto)

CONDUTA: Amixio risco para o procedimento proposto

segundo Lee e American College of Physicians

Assinatura: _____

Moni Carvalho Junior
CLÍNICA MÉDICA
CRM: 3911

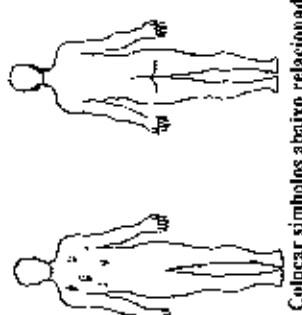


Hospital
Universitário

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE Segurança Cirúrgica
Setor: Centro Cirúrgico

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Paciente: <u>Antônio Gomes da Silva</u>	
Prontuário: <u>415.03619</u>	Data: <u>18/08/17</u>
Leito: <u>A</u>	Enfermaria: <u>420</u>
Diagnóstico Médico: <u>Crust. crônico da pele</u>	
Procedimento Autorizado: <u>Crust. de Winkler de pele</u>	
Cirurgia: ☐ Urgência ☐ Emergência ☒ Eletiva	Isolamento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Contato ☐ Respiratório
Chegada do paciente no centro cirúrgico: às <u>18:46</u> horas	
Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem: <u>Amquinta</u> COREN: <u>392.033 RE</u>	
☐ Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)	☒ Paciente possui alergia: <u>Não</u>
☐ Procedimento Programado	☐ Exames complementares e imagens essenciais estão disponíveis
☐ Sítio demarcado	☐ Avaliação pré-anestésica
☐ Consentimento Anestésico	☐ Algoritmo Tromboembolismo Venoso
☐ Consentimento Cirúrgico	☐ No caso de Transplante, anexar o impresso.
	☐ Check List de Recepção do Órgão Externo
Horário de entrada em sala: <u>18:20</u>	
Antes da indução anestésica	
☒ Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)	☐ Há risco de grande perda sanguínea (> 500ml)
☒ Monitoragem da SO de acordo com o procedimento agendado	Reserva de sangue disponível? ☐ Sim ☐ Não
☒ Todos os materiais, implantes e equipamentos específicos estão funcionando e disponíveis.	Acesso venoso calibragem? ☐ Sim ☐ Não
☒ Monitor osmezo de pulso no paciente e funcionando	Profilaxia de TVP ☐ Sim ☐ Não se aplica
☒ Sítio Cirúrgico Delineado	Máscaras Elásticas ☐ Sim ☐ Não
☒ Materiais de vias aéreas disponíveis	Minigargalo Intenimento? ☐ Sim ☐ Não
☒ Laringoscópio ☒ Ambu ☒ Aspirador	Horário de início da cirurgia: <u>18:20</u>
☒ Via Aérea Difícil (VAD)	Antes da incisão cirúrgica
☒ Equipamento VAD disponível	☒ Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)
	☒ Solicitar que todos os membros da equipe se apresentem pelo nome e função
	☒ Checar com toda a equipe: Procedimento e demarcação do sítio cirúrgico do paciente
	Antibiótico profilático nos últimos 60min?
	☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

☐ Placa de bisturi posicionada corretamente Tipo de Bisturi: <u>Não</u>	
Colocar símbolos abaixo relacionados para localização de: Eletrodos: * Placa de Distúrbio: <u>Δ</u> Carrete Pneumático: <u>III</u> Incisão Cirúrgica: <u>≠</u> Horário do início do garratamento: <u>18:20</u> Horário do término do garratamento: <u>18:40</u>	
☐ Tricotomia realizada em sala operatória	☐ Enfermeiro e Instrumental
☐ Material utilizado:	Todos os materiais e equipamentos estão estéreis (integrador) e disponíveis? ☐ Sim ☐ Não
☐ Aquecimento barbeador ☐ Tritonizador	Horário de término da cirurgia: <u>18:05</u>
CARMEM E ASSINATURAS	
CIRCULANTE: <u>Leiteira</u> <u>18:24</u>	INSTRUMENTADOR: <u>Dr. José de Moura Felício</u> <u>18:24</u>
ENFERMEIRO (A): <u>Jaíto José de Moura Felício</u> COREN: <u>111111</u>	ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. J. J. J.</u>
CHECK OUT (antes da saída do paciente da sala de operação): ☒ Procedimento realizado. <u>18:24</u> ☒ Contagem de compressas Nº Enregues: <u>18:24</u> ☒ Contagem de compressa gaze. Nº Enregues: <u>18:24</u> ☒ Contagem de Perfurocortantes. Nº Enregues: <u>18:24</u> ☒ Contagem de Instrumentais. Nº Enregues: <u>18:24</u>	

PACIENTE	PRONTUÁRIO	CIRURGIA	SALA	DATA
Antônio Carlos do S.	415.2369	DE M. L.	2	19.09
OBJETIVO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA				
ANESTESIA: RAQUI + GERAL				
ITEM	AGRU	MEDICAMENTO CONTROLADO	QUANT	CONSUMO
282012		CEFEPIM 50 mg/mL - Amp. 2 mL	01	11804
14084		DIACETILAM 5 mg/mL	01	12750
154471		DROPERIDOL 2.5 mg/mL - 1 mL	01	286000
285150		ETOMIDATO 5 mg/mL	01	13140
280347		FENTANIL 50 mg/mL - 2 mL (100 µg)	01	15482
280304		FENTANIL 50 mg/mL - 10 µg	01	220567
106510		ISOFLURANO 1% 100 mL	01	260324
17772		MIODOLAM 5 mg/mL - 2 mL	01	211335
252480		MORFINA 10 mg/mL - Amp. 1 mL (10 mg)	01	18330
401060		PARACETOL 500 mg/mL (500 µg)	01	401375
138813		PROPOFOL 10 mg/mL - 20 mL (200 mg)	01	16101
285786		ROFENTANIL 5 mg/mL	01	17345
280330		SUFENTANIL 5 mg/mL - 20 mL (100 mg)	01	201700
200344		TRAMADOL 50 mg/mL - 20 mL	01	144495
OUTROS MEDICAMENTOS				
280312		ADRENALINA 1 mg/mL - 1 mL (1 mg)	01	276495
17235		ATROFINA 10 mg/mL - 20 mL	01	280335
13867		ATROPINA 0.5 mg/mL - Amp. 1 mL	01	15411
280349		BROMOPRIDAZOLAM 5 mg/mL	01	18480
280725		BUTIRACINA 5 mg/mL - Amp. 1 mL	01	280780
280347		BUTIRACINA 5 mg/mL - 20 mL	01	180010
240001		CEFAZOLINA 10 mg/mL	01	118245
400180		CEFTAZOLIM DE SÓDIO 500 mg/mL	01	111017
271412		CLORIDINA 100 mg/mL - 20 mL	01	280341
401036		CLORETO DE SÓDIO 0.9% 500 mL	01	
200286		DEXTROMETORFANO 5 mg/mL - 20 mL	01	
14575		DEXTROMETORFANO 5 mg/mL - 20 mL	01	

ITEM	AGRU	MATERIAL	QUANT	CONSUMO
46		AGULHA 25 x 8	04	02
47		AGULHA 30 x 8	04	
48	2879	AGULHA 40x12	04	03
49	2807	AGULHA 13x4,5	04	
50	290563	AGULHA 25G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01	01
51	290554	AGULHA 26G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01	
52	290544	AGULHA 27G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01	
53	291164	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01	
54	223263	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01	
55	400557	CATETER INTRIDURAL 18 G	01	
56	400559	CATETER PERIDURAL 18 G	01	
57	3484	CATETER NASAL TIPO OXIJOS	01	01
58	290080	EQUIPO MACROGOTAS	02	01
59	290892	EQUIPO DE BOMBA	01	
60	85249	ELETRODOS	05	05
61	400549	EXTENSOR EM PVC A 14 PRESSÃO 50CM	01	
62	400537	FILTRO BACTERIOLOGICO	01	
63	3948	JELCO (CATETER) Nº 16	02	
ITEM	AGRU	MATERIAL	QUANT	CONSUMO
3662		JELCO (CATETER) Nº 18	02	
3670		JELCO (CATETER) Nº 20	02	
3686		JELCO (CATETER) Nº 22	02	
280821		POLIFIX 2 VIAS	01	
2281		SERINGAS 1 mL	01	
290830		SERINGAS 5 mL	04	
280838		SERINGAS 10 mL LUER LOK	04	02
182837		SERINGAS 20 mL LUER LOK	02	04
2283		SERINGAS 20 mL LUER SLIP	02	
400587		SERINGA 60 mL LUER SLIP	01	
10		SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 14	01	
290580		SONDA NASOGÁSTRICA 18	01	
290583		SONDA NASOGÁSTRICA 20	01	
291074		TORNEIRINHA 3 VIAS	01	
290373		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0	01	
290374		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	01	
290375		TUBO ENDOTRAQUEAL 8,0	01	
290376		TUBO ENDOTRAQUEAL 8,5	01	

ITEM	AGRU	MATERIAL	QUANT	CONSUMO
290299		CLORETO DE SÓDIO 0.9% 100mL	02	
290301		CLORETO DE SÓDIO 0.9% 500mL	04	03
ITEM	AGRU	MATERIAL	QUANT	CONSUMO
191973		RINGER LACTATO 500mL	03	
253812		ÁGUA DESTILADA 10 mL	04	

AValiação da complexidade da assistência

PACIENTE: Antônio Gomes da Silva

PRONTUÁRIO: 415236/9 ENF/LEITO: 42 / A

ÁREA DE CUIDADO	DIA / MÊS <u>AGO 2017</u>																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Estado Mental														1	1	1	1	1	1													
Oxigenação														1	1	1	1	1	1													
Sinais Vitais														1	2	2	2	2	2													
Motilidade														2	2	2	2	2	2													
Deambulação														2	2	2	2	2	2													
Alimentação														1	1	1	1	1	1													
Cuidado Corporal														2	2	2	2	2	2													
Eliminação														1	1	1	1	1	1													
Terapêutica														2	2	2	2	2	2													
Comprometimento Tecidual														2	2	2	2	2	2													
Curativo														2	2	2	2	2	2													
Tempo de Curativos														1	1	1	1	1	1													
TOTAL														18	18	19	19	19	19													
CUIDADOS														18	18	19	19	19	19													

Carimbo e Assinatura

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

Antônio Gomes da Silva

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir o tipo de cirurgia agendada
- Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camiseta e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- Verificar acesso venoso periférico calibroso com jaleco nº 20 ou menor que 20
- Verificar instalação de hidratação venosa com soro fisiológico a 0,9%
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer o registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☒ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico em enfermagem, 30 minutos antes do horário agendado para o procedimento

Pa: 130x80
FC: 88
PR: AB
T: 35,8°C

Data: 18 de 08 de 17

Enfermeiro responsável: Tatiane

193209



HP5

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL
NRS 2002 – Nutritional Risk Screening

DADOS PESSOAIS

PRONTUÁRIO: 4152369 UNIDADE: Posto 4 LEITO: 42A
NOME: Antônio Gomes da Silva SEXO: F IDADE: 43
ADMISSÃO: 15-08-17 ALTURA: 1,66 PA: 79,4 PH: 28,8
AJ: 50 CB: 30 CP: 105 Cor da pele:
Motivo da Internação: fratura de diafrase do fêmur

PA: Peso atual; PH: Peso habitual; IMC: Índice de massa corpórea; AJ: Altura do joelho; CB: Circunferência do braço; CP: Circunferência da panturrilha

PARTE 1 - TRIAGEM INICIAL

	SIM	NAO
1. Apresenta IMC < 20,5?		☒
2. Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		☒
3. Houve redução da ingestão alimentar na última semana?		☒
4. Portador de doença grave, mau estado geral ou em UTI?		☒

Se a resposta for sim para qualquer questão, passe para parte 2

PARTE 2 – TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

ESTADO NUTRICIONAL

Ausente	Estado Nutricional normal	0
Leve	Perda de peso >5% em 3 meses ou Ingestão alimentar de 50% a 75% da necessidade normal na semana anterior	1
Moderada	Perda de peso >5% em 2 meses ou IMC entre 18,5 e 20,5 + condição geral comprometida ou Ingestão alimentar de 25% a 60% da necessidade normal na semana anterior	2
Grave	Perda de peso >5% em 1 mês ou 15% em 3 meses ou IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou Ingestão alimentar de 0 a 25% da necessidade normal na semana anterior	3

GRAVIDADE DA DOENÇA

Ausente	Necessidades nutricionais normais	0
Leve	Paciente com doença crônica, admitido no hospital devido complicações. Está debilitado mas deambula regularmente. Requerimento está aumentado, mas pode ser suprido por dieta ou suplementação oral na maioria dos casos.	1
Moderada	Paciente confinado ao leito devido a sua doença, por exemplo, após uma cirurgia abdominal de grande porte. Requerimento protéico está substancialmente aumentado, porém alimentação artificial é requerida na maioria dos casos.	2
Grave	Paciente em cuidados intensivos com ventilação assistida. Requerimento protéico está aumentado e não pode ser suprido mesmo por alimentação artificial.	3

TOTAL:

CONCLUSÃO:

1. Total ≥ 3: Paciente em risco nutricional	
2. Total < 3: Paciente, no momento, não apresenta risco nutricional	☒

Referências: J. KONDRUP et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition, 22 (4): 415-421, 2003

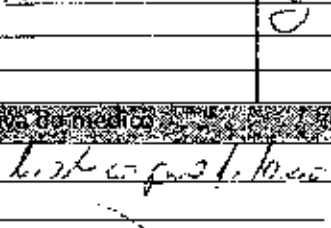
[Assinatura]
Eduardo Soares de Oliveira
Nutricionista
CRM-PA 94189

DATA DA TRIAGEM: 15/08/17

Paciente	<u>Alcides Gomes do Silva</u>	Data nascimento	<u>1/1/</u>	Idade	<u>43</u>	Sexo	☐ Fem ☒ Mas
Prontuário nº	<u>4432362</u>	Data admissão	<u>1/1/</u>	Clinica / Posto / Enfermaria / Leito	<u>42A</u>	Data infecção	<u>1/1/</u>
Diagnóstico(s) de Base (CID): <u>Poz op do do lobo do Silva</u>							

Indicação do antibiótico		☐ Terapêutica		☒ Profilaxia cirúrgica		☐ Profilaxia não cirúrgica	
Peso:		Creatinina:		Função hepática:		☐ Normal ☐ Alterada	
Fatores de risco		☐ Esteve em UTI		☒ Realizou cirurgia		☐ Uso prévio de antibióticos	
Tempo/Uso de Antibióticos							
Tipo de infecção: ☐ Comunitária ☐ Hospitalar							
☐ ITU		☐ Pneumonia		☐ Sítio Cirúrgico		☐ Corrente Sanguínea	
☐ Assintomática ☐ Sintomática ☐ Outras ☐ Cateter urinário (SVD) ☐ Outra instrumentação		Rx tórax/TC ☐ Definido ☐ Possível ☐ Negativo ☐ Não feito ☐ Respirador		☐ Incisional ☐ Órgão/espaço ☐ Profunda Local sítio cirúrgico: _____		☐ Laboratorial ☐ Clínica ☐ Cateter central ☐ Cateter periférico ☐ NPT ☐ Hemodiálise	
						☐ Outras infecções Local principal: _____ Local específico (CID): - _____ ☐ Procedimento/ Instrumentação invasiva	

Cultivos realizados			
Data	Material	Microorganismo	Sensibilidade
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Anamnese e Exame físico						Uso exclusivo da CCIH											
História de transmissão: Síndrome de esquiema		Exatidão do diagnóstico: Clinica e laboratorial				Autorização		Alteração		Dose	Intervalo	Via	Dias				
Antimicrobiano:	Dose	Intervalo	Via	Dias	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não											
Clotrimazol	1g	1x/dia	VO	7 dias	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não											
					☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não											
					☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não											
					☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não											
Justificativa do médico						Justificativa / Sugestão da CCIH											
Paciente com quadro clínico compatível com síndrome de esquiema. 																	
Dr. Lafayette Macedo Médico CRM-PI 6474																	
Assinatura/carimbo do prescritor						Data						Assinatura/carimbo da CCIH		Data			
Uso exclusivo da Farmácia:														Assinatura/carimbo		Data	

Legenda: ITU – Infecção do trato urinário; NPT – Nutrição parenteral; SNC – Sistema Nervoso Central; CID – Código Internacional de Doenças.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Campus Ministro Petrônio Portela, s/n - Teresina

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COLETA DE AMOSTRA DE PACIENTE
FONTE (Preenchimento obrigatório na admissão do paciente)

Eu, _____
portador do RG nº _____ do CPF: _____
declaro que, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, **autorizo** a
realização da coleta de material biológico (sangue) para análise laboratorial em caso de ocorrência
de acidente de trabalho no âmbito deste Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.
Exames a serem realizados para diagnóstico de Hepatite B, C e HIV, abaixo discriminados:

- Teste Rápido HIV (anti-HIV)
- Sorologia para HIV (anti-HIV)
- Sorologia para Hepatite C - (anti-HCV)
- Sorologia para Hepatite B - (HBsAg)

Assinatura do Paciente ou Responsável

Para uso do SOST: _____

Nome do Paciente: _____
Idade: _____ Coleta: Data: _____ Hora: _____

Nome do empregado acidentado: _____

Serviço: _____

Local de Ocorrência do Acidente: _____

Resimara Pereira de Alencar
Responsável
(carimbo e assinatura)

Nome
ANTONIO GOMES DA SILVA

Nome Social

Prontuário
415236/9

Nome Mãe
MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA

Sexo
Masculino

Estado Civil
Casado

Data Nascimento
19/01/1974

Nome Pai
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA

Data cadastro
14/08/2017

Data recadastro

Pront. Família

RG
1315601

CPF
536.800.303-04

Cartão SUS
131058488930018

Nome Anterior

Cidade de nascimento
HUGO NAPOLEÃO

UF
PI

Grav. Instrução
1ª Grau Incompleto

Nacionalidade
BRASILEIRO

Profissão

Código da profissão

Cor

Pone ou Recado
86-999974275

Endereço

Posto de Referência :

RA E CASA RESIDENCIAL SOARES

Número

Complemento

Bairro

BURUNGÃO

Cidade

AGUA BRANCA

UF

PI

CEP

64460-000

Identificador

MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA

Área Cadastradora

SETOR 14- LC CAB. PISC - OFTALMOLOGIA

Observação

Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.

Teresina

Assinatura *Pereira de Oliveira*

()
Paciente

()
Pai

()
Mãe

()
Representante Legal

Hospital Universitario - Ufpi

Boletim de Identificação de Paciente

Identificação do Paciente

Paciente: 239435 Prontuário: 0415236/9
Nome: ANTONIO GOMES DA SILVA
Nome Mãe: MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA
Endereço: QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES Cartão SUS: 131058488930019
Número: 1 Complemento: Telefone: 86 999974875
Bairro: BURUNGÃO
Cidade: ÁGUA BRANCA UF: PI Cep: 64.460-000
Data Nas.: 19/01/1974 Idade: 43 Sexo: M Cor: M Est. Civil: C
Profissão:
Naturalidade: HUGO NAPOLEÃO UF Nascimento: PI
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Idade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Internação: 14/08/2017 20:19
CID Principal: S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
CID Secundário: Y98 CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
Procedimento: 408050500 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Clínica: Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0042 Leito: A Convênio: 1/1 SUS INTERNAÇÃO
Unidade: POSTO 4 CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Caráter de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 5 Dia(s)
Rco. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM: 5338 CPF: 99434393353
Chefe da Equipe ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA : ANDRE LUTZ PINHO SOBRAL
CRM: 3573 62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA
C. Ponto: 6 2001798

Observação



Hospital
Universitário



EBSE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ – HUPI

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, s/n, Teresina – PI, CEP: 64049-550

FONE (086) 3215-5658

FOLHA DE ADMISSÃO

NOME:	Antonio Gomes da Silva		LEITO:	PRONT:
IDADE:	43a	PESO:	PROCEDÊNCIA:	Agua Branca
ALERGIAS:		Nega		
H.D.A:				
História de queda de moto em 21/04/17, apresentando fratura de tíbia esquerda, sendo operado no HEM em 27/04/17 com colocação de placa e parafusos. Há 24 horas, relata nova queda de moto, apresentando re-fratura de tíbia (E).				

EXAME FÍSICO

Geral	T:	Estável. Apresenta edema na extremidade distal da perna esquerda. Dor à palpacao. Pulsos e periferia preservados.
FC:	SpO2:	
FR:		
P.A:		

Neurológico	
Glasgow:	Normal
Pupilas:	

Cardiovascular	
Drogas vasoativas (mcg/kg/min):	
Turgência jugular:	
Pulsos:	
Respiratório:	
VM:	SpO2:
Modo:	FiO2:
FR:	Vt:

Gastrointestinal	
------------------	--



Hospital
Universitário

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: <u>Antônio Gomes da Silva</u>	CLÍNICA / ENF / LEITO:
DATA DA ADMISSÃO: <u>14/03/17</u>	SEXO: <u>M</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>19/03/74</u> IDADE: <u>43</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO: <u>Serviços Gerais</u>	RESIDÊNCIA: <u>Apto. 602</u>
PROCEDÊNCIA: <u>Hospital de Aquecimento</u>	COR (REFERIDA): <u>PARDA</u>
ESCOLARIDADE: <u>Ensino Fundamental Incompleto</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO / PRINCIPAIS QUEIXAS

2.1 SINAIS VITAIS: P.A. 169 x 96 R T 36,6 P 79 Glic 124 Sat 97% PESO: 70

ALTURA 1,70 IMC 24,2

2.2 ESCALA DA DOR (1 a 10): 0 (0 = sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa)

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: () HAS () DM () Cardiopatias () AVE-H () AVE-I () Nefropatias () Neoplasias
() Outros. Especificar: Nenhum

ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças crônicas: Nenhum

() Tratamentos Anteriores / Cirurgias: MIE

() Medicamentos em uso: Nenhum

() ALERGIA: Nenhum

PRÓTESES: () Não () Sim Possui CARTÃO DE VACINA: () Não () Sim

IIABITOS: () Tabagismo () Etilismo () Outras Drogas. Qual? Nenhum

EXAMES ANEXOS: Nenhum

4. NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: (x) Ar ambiente () Cateter nasal () Macronebulização () Máscara de Venturi

Padrão respiratório: () Eupneico () Bradpneico () Taquipneico () Ortopneico () Dispneia () Cheyne-Stokes

Tosse: () Seca () Produtiva [Aspecto da secreção]: Nenhum

HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia: 2000

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar: Normal

DIETA: () Jejum (x) Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros

() Náuseas () Vômitos () Hematêmese () Sialorreia () Prose () Inapetência () Dislalia () Dispepsia

Estado NUTRICIONAL: Bom

ELIMINAÇÕES: DIURESE: (x) Espontânea () SVD () Cistostomia () Disúria () Oligúria () Anúria () Poliúria

() Polaciúria () Enurese () Retenção () Incontinência () Proteinúria () Glicosúria

ASPECTO da URINA: () Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria

EVACUAÇÕES: (x) Normais () Fezes pastosas () Diarreia () Melena () Constipação há 0 dia(s)

() Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia

SONO/REPOUSO: (x) Satisfatório () Insônia () Agitação () Usa medicação. QUAL? Nenhum

ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios (x) Não () Sim, Qual? Nenhum

() Astenia (x) Mialgia

Atividade Motora: () Deambula (x) Deambula com auxílio () Não Deambula () Usa Cadeira de Rodas

HIGIENE: () Satisfatória (x) Regular () Insatisfatória

Cite: Nenhum

5. NECESIDADES PSICOPESPIRITUAIS e SOCIAIS

Pratica alguma atividade RELIGIOSA/ESPIRITUAL: () Não (x) Sim, Qual? Religião

ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: (x) Calmo () Agitado () Alegre () Triste () Ansioso () Agressivo () Medo

COMUNICAÇÃO: (x) Receptivo ao Diálogo () Não Receptivo ao Diálogo

INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: (x) Não () Sim, Cite

Interação com a família (x) Não () Sim

LASER: (x) Não () Sim, Qual? Nenhum



Sistema

Ministério

Órgão Emissor: M221100001

Hospital
UniversitárioAIH : 221710143485-6
UNI : HOSPITAL UNIVERSITARIO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO

ANTONIO GOMES DA SILVA

NASCIMENTO
19/01/1974

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO
Hospital Universitário3 - NOME DO ESTABELECIMENTO
Hospital Universitário

D.LIBERA: 13/06/2017

PROCED.: 0415010012 TRATAMENTO

DP.3181: FRANCISCO

CID : T023

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
ANTONIO GOMES DA SILVA7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
1310584889300188 - DATA DE NASCIMENTO
19/01/19749 - SEXO
Masculino10 - RAÇA / COR
Parda6 - Nº DO PRONTUÁRIO
415276911 - NOME DA MÃE
MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA12 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 99997487513 - NOME DO RESPONSÁVEL
O PRÓPRIO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES, 116 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ÁGUA BRANCA17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
720020718 - UF
PI19 - CEP
64460000

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

221710143485-6

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
040805050023 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
041501001225 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de tíbia - pilão tibial26 - CID 10 PRINCIPAL
T02.3 - Fraturas

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

0408050500 Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise da tíbia

0408050543 Tratamento cirúrgico de fratura do pilão tibial

0408060379 Retirada de placa e/ou parafusos

Paciente apresentado diáfise da tíbia associada fratura de pilão tibial. Durante procedimento, foi necessário retirar placa e parafusos de fratura anterior de tíbia de mesmo lado.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO43 - DATA DA SOLICITAÇÃO
19/08/2017

46 - ASSINATURA E CARIMBO EM REGISTRO DO CONSELHO

44 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL
2223849300Dr. Lafayeth Macedo
Médico
CRM-PI 6474

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

50 - ASSINATURA E CARIMBO EM REGISTRO DO CONSELHO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

51 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL

Tânia Moreira da Silva Leão
Médica
CRM-PI 6474
23/08/17

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

AIH : 221710143485-6

UNI : HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Órgão Emissor: R211.0662

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO GOMES DA SILVA

NASCIMENTO
19/01/1974

D.LIBERA: 15/08/2017

PROCED.: 0415010912 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA

OP.6157: FRANCISCO

CIG : 1023

CP. LAUDO: 15/08/2017
Nº 415010912-01
CNS 20.303.1974030000

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
Hospital Universitário

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
Hospital Universitário

IDE

5 - NOME DO PACIENTE
ANTONIO GOMES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
4152369

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
131058488930018

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/01/1974

9 - SEXO
Masculino

10 - RAÇA / COR
Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 999974875

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
O PRÓPRIO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES, 1. BURUNGÃO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ÁGUA BRANCA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2200202

18 - UF
PI

19 - CEP
64460000

JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente refere queda de moto em 21/04/17 apresentando fratura de tíbia esquerda, sendo operado no HPM em 27/04/17 com colocação de placa e parafusos. Há 24 horas, paciente relata outra queda de moto, apresentando refratura de tíbia esquerda.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES)

Anamnese + Exame físico + Radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de tíbia esquerda

24 - CID 10 PRINCIPAL
S82.2 - Fratura da

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050500

29 - CLÍNICA

Cirurgia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Urgência

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
99434393353

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

34 - DATA DA
14/08/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Bruno Wilson Lima Júnior
Médico - CRM-PI 51.111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº BILHETE

41 - SÉRIE

0

0

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CROM

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Bruno Wilson Lima Júnior
Médico - CRM-PI 51.111

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável



PREFEITURA DE
ÁGUA BRANCA
Mais desenvolvimento por nosso povo

Prefeitura Municipal de Água Branca - PI

Secretaria Munic. de Saúde de Água Branca - PI

HOSPITAL MUN. SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERD

CNPJ. 03.022.132/0001-02

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTE

Internado ()

Urgência (X)

Enf: _____ Leito: _____

Paciente: Antônio Gomes

HEMATOLOGIA

() Hemograma () Contagem de plaquetas () VHS

BIOQUIMICA

() Glicose () Col. Total () Triglicérides () Lipidograma
() Colesterol total e frações () Uréia () Creatinina
() Ácido Úrico () Amilase () Fosfatase Alcalina
() Transaminases () Bilirrubina

IMUNOLOGIA

() VDRL () ASO () PCR () LÁTEX () ABO () THCG

PARASITOLOGIA E URINALISE

() Parasitológico de fezes () Sumário de urina

MICROBIOLOGIA

() Baciloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Raios X da perna E.

Dr. Raphael Melo

CRM 713103

Data:

13/8/17

Ass. Carimbo Médico Solicitante.

Avenida José Miguel, 1375 - Centro • CEP 64.460-000 • Água Branca - Piauí



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

GOVERNO
DO

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

DV: 18/01/74

DAT/

HOS

MÉI

NA

(

ID

N

D

C

r

o

d

(

o

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(

(



Prefeitura Municipal de Água Branca - PI
Secretaria Munic. de Saúde de Água Branca - PI
HOSPITAL MUN. SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE

CNPJ: 03.022.132/0001-02

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTE

Internado ()

Urgência (X)

Paciente: Antônio Gomes

Enf: Leito:

HEMATOLOGIA

() Hemograma () Contagem de plaquetas () VHS

BIOQUIMICA

() Glicose () Col. Total () Triglicérides () Lipidograma
() Colesterol total e frações () Uréia () Creatinina
() Ácido Úrico () Amilase () Fosfatase Alcalina
() Transaminases () Bilirubina

IMUNOLOGIA

() VDRL () ASO () PCR () LÁTEX () ABO () THCG

PARASITOLOGIA E URINALISE

() Parasitológico de fezes () Sumário de urina

MICROBIOLOGIA

() Baciloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Raio X da perna E

Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-PI 5192

Data: 13/8/77

Ass. Carimbo Médico Solicitante.

Avenida José Miguel, 1375 - Centro - CEP 64.460-000 - Água Branca - Piauí

Assinatura e carimbo de

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H. V.

Clínica/Posto: Ortopedia

Senha: 1017 0873 28 749

42A

alta

CEP:

Justificativa:

Assinatura

~~Dr. Lafayette Macedo~~
Medico
Ass. Medico Solicitante

Ass. Médico Solicitante



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME:	<i>Antonio Gomes da Silva</i>			Nº DO PRONTUÁRIO	<i>41523619</i>
DATA:	<i>2010/08/14</i>	HORÁRIO:	<i>10:22h.</i>	CLÍNICA:	<i>Pq</i>
				ENF. LEITO	<i>42A</i>

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA		
Nível de consciência / orientação: Consciente (☒) Orientado (☒) Desorientado () Torporoso ()		
Resposta Motora: Sem déficit motor (☒) Com déficit motor (☒)		
Resposta Verbal: Fásica (☒) Disártrica () Afásica ()		
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA		
<i>Vide prescrição médica</i>		
3. DISPOSITIVOS EM USO		
Curativo	SIM	NÃO
Cateter de duplo lumen	☒	☐
Sonda vesical de demora	☐	☒
Sonda vesical de alívio (Cateterismo intermitente)	☐	☒
Dreno	☐	☒
Fixador externo ortopédico	☐	☒
Sonda enteral / nasogástrica	☐	☒
Colostomia	☐	☒
Outro, especifique	☐	☒
4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA		
<i>Instalar com umetico em VO (1x/dia) manter limpo e seco.</i>		
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: () Grau I (☒) Grau II () Grau III () Grau IV*		
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: <i>Vide encaminhamento médico</i>		
*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA		
GRAU I * DEAMBULA SEM AUXÍLIO; * TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO	GRAU II * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO; * ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO; * PRESENÇA DE SVD, SNG, CURATIVOS E OUTROS; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DE ROTINA.	
GRAU III * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXO; * ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO; * OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE.	GRAU IV * ACAMADO NO LEITO; * HIGIENE NO LEITO; * ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL; * REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA; * COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS; * INCONSISTENTES OU COM DESVIO NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.	

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Antonio Gomes da Silva
Idade: 43 anos 7 meses Sexo: Masculino Prontuário: 415236/9
Data internação: 14/08/2017 Data Alta: 20/08/2017 Leito: 0042A
Convênio: Sus Permanência: 6 dias
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura
Divisão de Gestão do Cuidado

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
fratura da perna, incluindo tornozelo (S82)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura da perna, incluindo tornozelo (S82)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas
18/08/2017 Osteossíntese de tibia
Consultorias
16/08/2017 CARDIOLOGIA

4. EVOLUÇÃO

Paciente com história de que em 27 de abril sofreu acidente motociclistico com fratura de tibia E, sendo tratado cirurgicamente no HPM, referindo já melhora do quadro, inclusive deambulando com uso de muleta. Refere que há 02 dias sofreu novo acidente evoluindo com dor e edema em mesma perna, realizando nova radiografia com exame sugestivo de nova fratura. Encaminhado a este serviço onde realizou nova radiografia com imagem sugestiva de fratura peri-implante + pilão tibial. Ao exame, edema, dor à mobilização de MIE, flexo-extensão preservadas, neurovascular sem alterações. Paciente submetido a procedimento de RAFI de fratura de tibia + pilão tibial. Procedimento realizado sem intercorrências. Paciente evolui estável, aceitando dieta, boa diurese com SVD, dores ao nível de procedimento cirurgico. Apresenta FO limpa, com secreção sanguinolenta, com neurovascular preservado. Recebe alta hospitalar com orientações de retorno ambulatorial com Dr Antonio Martins, manter tala e cefaleixina po 07 dias.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Acompanhamento ambulatorial
Manter tala
Retirar pontos cirurgicos com 15 dias

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

20/08/2017, 09:26 h.

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474

Dr. Lafayeth Macedo
Médico
CRM 6474

Hospital
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Sumário de Alta

Identificação

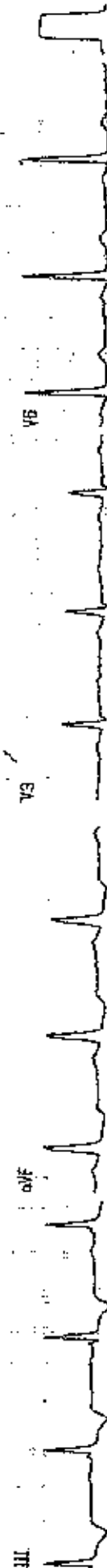
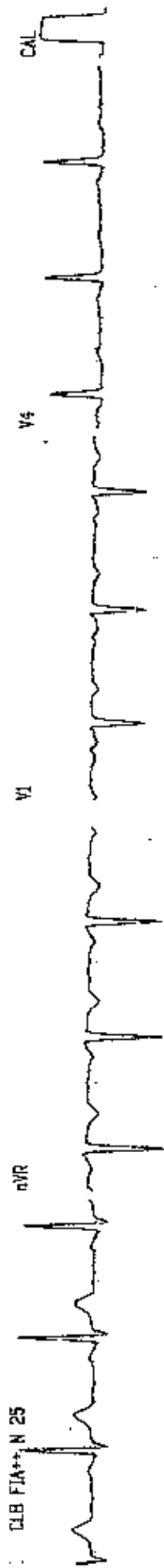
Antonio Gomes da Silva

Leito: 0042A

415236/9

O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

4/13/83 - 12:00 PM - 12:00 PM - 12:00 PM
 24 hrs 34 000 12





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

GOVERNO
DO

SECRETARIA DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

DV: 18/04/74

DAT/
HOS
MÉI
NA

(
ID
N
D
(



Prefeitura Municipal de Água Branca - PI
Secretaria Munic. de Saúde de Água Branca - PI
HOSPITAL MUN. SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE

CNPJ: 03.022.132/0001-02

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTE

Internado ()

Urgência ☒

Paciente: Antônio Gomes

Enf: _____ Leito: _____

HEMATOLOGIA

() Hemograma () Contagem de plaquetas () VHS

BIOQUÍMICA

() Glicose () Col. Total () Triglicérides () Lipidograma
() Colesterol total e frações () Uréia () Creatinina
() Ácido Úrico () Amilase () Fosfatase Alcalina
() Transaminases () Bilirrubina

IMUNOLOGIA

() VDRL () ASO () PCR () LÁTEX () ABO () RHCG

PARASITOLOGIA E URINALISE

() Parasitológico de fezes () Sumário de urina

MICROBIOLOGIA

() Baciloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Raios X de puno E

Jucelino Leal
Téc. de Radiologia
CRTR 01621

Dr. Raphael Melo
Médico
CRM-PI 5192

Data: 13/8/74

Ass. Carimbo Médico Solicitante.

Avenida José Miguel, 1375 - Centro - CEP 64.460-000 - Água Branca - Piauí

Assinatura e carimbo do

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clínica/Posto:

Senha:

2017 0873 28749

Solicitação de Acompanhante

 Hospital Universitário EBSERH	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ – HU EBSERH Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, S/N, Ininga- FONE (086) 3215-5558, Teresina – PI, CEP: 64049-550 CNO: 065173870003-84	Prontuário: 415236/9 Intimação: 14/08/17
--	--	--

Nome: Antonio Gomes da Silva				
Endereço residencial:				
Cidade:			CEP:	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado civil:	Profissão:

Justificativa: Permitir com antecedência aos de cunho logístico

[illegible]

Data: / /

Ass. Médico Solicitante

Auditor	Ass. Médico Socialmente



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Antonio Gomes da Silva</u>	Nº DO PRONTUÁRIO: <u>41523619</u>
DATA: <u>20/08/14</u>	HORÁRIO: <u>10:22h.</u>
CLÍNICA: <u>P4</u>	ENF. LEITO: <u>42A</u>

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA	
Nível de consciência / orientação: Consciente (☒) Orientado (☒) Desorientado () Torporoso ()	
Resposta Motora: Sem déficit motor (☒) Com déficit motor (☒)	
Resposta Verbal Fásica (☒) Disártrico () Afásico ()	
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA	
<u>Vide prescrição médica</u>	
3. DISPOSITIVOS EM USO	
Curativo	SIM ☒ NÃO ☒
Cateter de duplo lumen	SIM ☒ NÃO ☒
Sonda vesical de demora	SIM ☒ NÃO ☒
Sonda vesical de alívio (Cateterismo intermitente)	SIM ☒ NÃO ☒
Dreno	SIM ☒ NÃO ☒
Fixador externo ortopédico	SIM ☒ NÃO ☒
Sonda enteral / nasogástrica	SIM ☒ NÃO ☒
Colostomia	SIM ☒ NÃO ☒
Outro, especifique	SIM ☒ NÃO ☒
4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA	
<u>Estabilidade com medicação em PO (11 dias) manter</u> <u>limpo e seco.</u>	
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: () Grau I (☒) Grau II () Grau III () Grau IV*	
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: <u>Vide encaminhamento médico</u>	
*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA	
GRAU I * DEAMBULA SEM AUXÍLIO; * TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO	GRAU II * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO; * ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO; * PRESENÇA DE SVD, SNG, CURATIVOS E OUTROS; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DE ROTINA.
GRAU III * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXO; * ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO; * OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE.	GRAU IV * ACAMADO NO LEITO; * HIGIENE NO LEITO; * ALIMENTAÇÃO POR TUBOS DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL; * REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA; * COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS; * INCONSISTENTES OU COM DESVIO NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Antonio Gomes da Silva
 Idade: 43 anos 7 meses Sexo: Masculino Prontuário: 415236/9
 Data internação: 14/08/2017 Data Alta: 20/08/2017 Leito: 0042A
 Convênio: Sus Permanência: 6 dias
 Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura
 Divisão de Gestão do Cuidado

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura da perna, incluindo tornozelo (S82)

Diagnóstico principal na Alta

Fratura da perna, incluindo tornozelo (S82)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas

18/08/2017 Osteossíntese de tibia

Consultorias

16/08/2017 CARDIOLOGIA

4. EVOLUÇÃO

Paciente com história de que em 27 de abril sofreu acidente motociclistico com fratura de tibia E, sendo tratado cirurgicamente no HPM, referindo já melhora do quadro, inclusive deambulando com uso de muleta. Refere que há 02 dias sofreu novo acidente evoluindo com dor e edema em mesma perna, realizando nova radiografia com exame sugestivo de nova fratura. Encaminhado a este serviço onde realizou nova radiografia com imagem sugestiva de fratura peri-implante + pilão tibial. Ao exame, edema, dor à mobilização de MIE, flexo-extensão preservadas, neurovascular sem alterações. Paciente submetido a procedimento de RAFI de fratura de tibia + pilão tibial. Procedimento realizado sem intercorrências. Paciente evolui estável, aceitando dieta, boa diurese com SVD, dores ao nível de procedimento cirurgico. Apresenta FO limpa, com secreção sanguinolenta, com neurovascular preservado. Recebe alta hospitalar com orientações de retorno ambulatorial com Dr Antonio Martins, manter tala e cefaleixina po 07 dias.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital

Acompanhamento ambulatorial

Manter tala

Retirar pontos cirurgicos com 15 dias

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

20/08/2017, 09:26 h.

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474

Dr. Lafayeth Macedo
 Médico
 CRM 6474

Unidade Básica
 Unidade Básica

Sumário de Alta

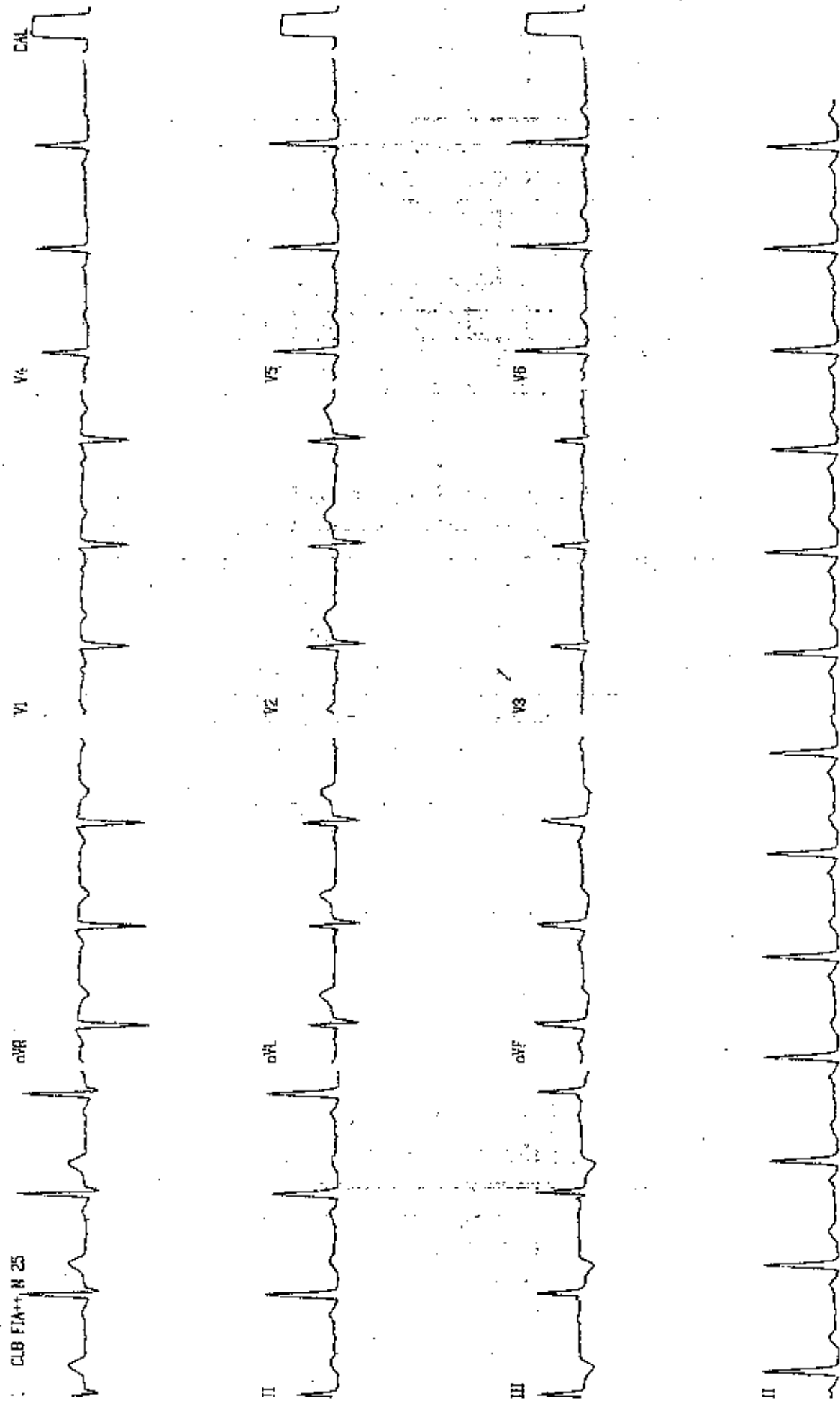
Identificação

Antonio Gomes da Silva

Leito: 0042A

415236/9

422 - 1/20/68 - 10:00 AM - 10:15 AM
 10:15 AM - 10:30 AM
 23hs 34.00 12



Cliente: **ANTONIO GOMES DA SILVA**
Convênio: **PARTICULAR**
Solicitante: **Dr. MÉDICO NÃO DEFINIDO**
Código: **338842.03**

Idade: **43 anos**
Sexo: **MASC**
Data: **31/10/2017 09:09:00**

R.X PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico com imagem digital FCR de alta resolução, nas incidências ântero-posterior e perfil demonstra:

- Osteossínteses cirúrgicas através placas e parafusos metálicos ao nível da diáfise inferior da tibia e terço inferior da fíbula em perna esquerda. Bom alinhamento dos fragmentos ósseos.
 - Restante da estrutura osteoarticular visualizada sem alterações.
 - Partes moles radiologicamente normais.
-
- Estudo radiológico para controle evolutivo pós-cirúrgico.



Dr. Livio Parente
Radiologista
CRM 213- PI

