



Número: **0800241-94.2019.8.18.0034**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Água Branca**

Última distribuição : **15/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.257,87**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO GOMES DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO BARBOSA SOUSA (ADVOGADO) MARCOS VINICIUS MACHADO VILARINHO (ADVOGADO) RODOLFO LUIS ARAUJO DE MORAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4780814	15/04/2019 17:03	Petição Inicial	Petição Inicial
4780829	15/04/2019 17:03	ANTONIO GOMES DA SILVA - DOCUMENTOS09042019163102	Documentos
4780831	15/04/2019 17:03	INICIAL - ANTONIO GOMES DA SILVA - DPVAT	Documentos
4780832	15/04/2019 17:03	SINISTRO - ANTONIO GOMES DA SILVA	Documentos

PETIÇÃO INICIAL EM PDF.





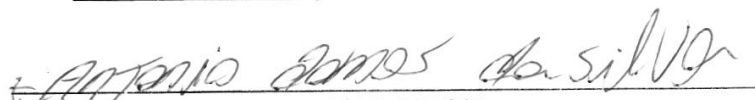
ARAÚJO, PIERSON, SOUSA & VILARINHO
Sociedade de Advogados

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

NOME: ANTONIO GOMES DA SILVA	NACIONALIDADE: BRASILEIRO
RG: 1.315.601 SSP/PI	CPF: 536.800.303-04
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO: AUXILIAR DIVERSO
ENDEREÇO: R. LUIS DO SO, GE, COL BULUNGÃO, ÁGUA BRANCA-PI	TELEFONE:

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui como seu procurador os Drs. **RODOLFO LUIS ARAÚJO DE MORAES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PI de nº 7.781, **MARCOS VINICIUS MACHADO VILARINHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PI de nº 7.803, **LEONARDO BARBOSA SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PI de n. 8.284 com escritório profissional situado na Rua Professo Pires Gayoso, n. 576, Sala 107, Bairro Noivos, Teresina-PI, CEP 64046-350, outorgando-lhe amplos poderes, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do CPC, com a cláusula "ad judicium et extra", para, em nome do outorgante, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da Administração Pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, ou fora deles, propor quaisquer ações, defender o outorgante nas ações contra propostas em seu desfavor, reconvir, apresentar suspeição, incidente de falsidade e exceção, promover quaisquer medidas cautelares, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, fazer alegações finais, formar os documentos necessários, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, fazer despesas prévias, efetuar levantamentos, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, assinar declaração de hipossuficiência, renunciar a direito no qual se funda ação, bem como representá-lo junto ao INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS a fim de que possam tratar dos interesses do outorgante como solicitar extratos sobre empréstimos consignados, cadastro de senha eletrônica, assinar e aceitar quaisquer documentos, solicitar cópia de processos, providenciar apresentação de provas, recorrer de decisões, etc, agindo em conjunto ou separadamente possa realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, podendo ainda substabelecer a presente com ou sem reserva de iguais poderes se assim lhe convier e demais atos referentes ao processo, dando tudo por bom, firme e valioso.

_____, ____ de _____ de 20____.


OUTORGANTE

Rua prof. Pires gayoso - nº 576 - Sala 107 – Bairro Noivos – Teresina – PI - CEP: 64046-350





ARAÚJO, PIERSON, SOUSA & VILARINHO
Sociedade de Advogados

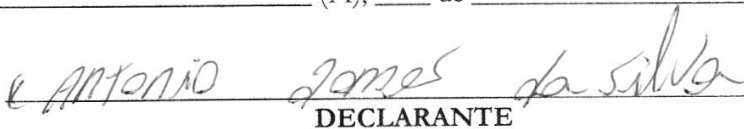
**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA PARA
FINS DE OBTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**

NOME: ANTONIO GOMES DA SILVA	NACIONALIDADE: BRASILEIRO
RG: 1.315.604 SSP/PI	CPF: 536.800.303-04
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO: AUXILIAR DIVERSO
ENDEREÇO: R. LUIS DO RO, Q-E 601 BULUNGÃO, ÁGUA BRANCA - PI	TELEFONE:

DECLARA, para fins de obtenção de Assistência Judiciária Gratuita que é pessoa reconhecidamente, nos termos da Lei n. 1.060/50, não tendo recursos que lhe permitam custear as despesas referentes a um Processo Judicial sem comprometer sua própria subsistência.

Esta declaração é feita nos termos do artigo 299 do Código Penal (**Falsidade Ideológica**) – “omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante” com **pena** de reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular; e ainda tem por fundamento na Lei nº 1.060, de 05 de fevereiro de 1950 e artigo 1º, 2º e 3º da Lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983.

_____, (PI), ____ de _____ de 201____.


DECLARANTE

Rua prof. Pires gayoso - nº 576 - Sala 107 - Bairro Noivos - Teresina - PI - CEP: 64046-350



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____

portador (a) do RG nº _____ e inscrito (a)
no CPF nº _____, venho perante a este instrumento
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e
verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento
comprobatório em nome de terceiro:

Esta declaração é feita nos termos do artigo 299 do Código Penal
(**Falsidade Ideológica**) – “omitir, em documento público ou particular, declaração que
dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia
ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato
juridicamente relevante” como **pena** de reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o
documento é particular; e ainda tem por fundamento o artigo 4º da Lei nº 1.060, de 05 de
fevereiro de 1950 e artigo 1º, 2º e 3º da Lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983.

Por ser verdade, firmo-me.

_____ - PI, ____ de _____ de 20 ____.

x *Antonio Gomes da Silva*
DECLARANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0244678

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinado
em 04/18
31/06/2019 17:00:53

- Percia -

Dia 06.02.18

hs: 10:00

1640

Hr: Miguel Angelo

End. Rua Paissandu ~~2000~~

B - Centro

Teresina - Pi



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL

3.315.601

DATA DE
EXPEDIÇÃO 07/10/13

NOME

ANTONIO GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO

MARLA FRANCISCA GOMES DA SILVA
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

HUGO NAPOLEÃO-PI

DATA DE NASCIMENTO

19/01/1974

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 061 L 05 F 170

EXP HUGO NAPOLEÃO PI 16/09/13

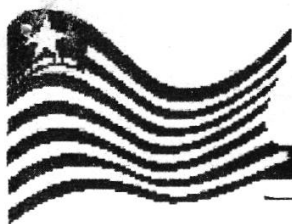
TERCEIRA - PI

536.800.303-04

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/93





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 Luís do Jó QD E, CS
01, Resid. Soares BAIRRO: Mulongão de Água Branca do Piauí/PI Filiação: Maria 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)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DIETRAM - PI Nº 012239393868 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO 000028916	
VIA 1	01108060606
COO	2017
NOME JUVENAL ALVES NOGUEIRA JUNIOR	

CPF/CNPJ 72727357320	PLACA PIZ-6401
PLACA ANT./E	CHASSI 9C2JB0100HR230797
ESPECIE / TIPO	COMBUSTIVEL
MARCA/MODELO HONDA/POP 110I	ANO FAB / ANO MOD 2016 / 2017
CAP/PT/CIL 02F/0109CC	CATEGORIA PARTIC
COTA UNICA	COR PREDOMINANTE PRETA
1º IPVA	2º IPVA
3º PAGO	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00	PREMIO TOTAL (R\$) 00000000
DATA DE PAGAMENTO 25/01/2017	
OBSERVAÇÕES PET: 000.24 ALIENACAO FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L	
LOCAL AGUA BRANCA	DATA 25/01/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
PI Nº 012239393868 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
72727357320	PIZ-6401 2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
VIA 1	01108060606
COO	2017
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO 2017 25/01/2017
CPF / CNPJ 72727357320	PLACA PIZ-6401
RENAVAM	MARCA / MODELO HONDA/POP 110I
ANO FAB / CAL DATE 2016	Nº CHASSI 9C2JB0100HR230797
PREMIO TARIFARIO	
RNS (R\$) 000,00	DEMATERIAL (R\$) 000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00	CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00
IOF (R\$) 000,00	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 000,00
PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO	DATA DE QUITACAO 00/00/0000
SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 09.246.502/0001-04 www.seguradoralider.com.br	



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 727.273.573-20, 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
mencionado 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: 9C2B0100HR230797

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 e verdadeiro, dou fé
AGUA - Branca PI 02/11/2017

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

Antônia Lea P. F. Leite
Tabelião
Agua - Branca - PI





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

2624741-0		Hidrometro		A12L004635		JUL/2017	
Nome/Razão Social/Endereço							
MARIA DO SOCORRO GOMES DA SILVA RUA LUIS DO JO, QEC01 BUI UNGAO AGUA BRANCA 64460000							
AG= 108							
Situação Água/Esgoto		Res.		Categorias de Uso		Inscrição	
3/1		1		Com. Ind. Pub.		3 1 09 1841 0052-000	
08/06/2017		06/07/2017		28			
Mês/Ano		Número de Consumo		Consumo		Ocorr.	
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 Faturamento							
FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO							
Cód. Responsável				Código de Verificação			
028359157				01			
Consumo Mínimo		Consumo Mín. Água		Consumo Mín. Esgoto			
8							
Consumo		Consumo Potencial					
5		10					
Cód. Nome do Serviço Valor (R\$)							
AGUA 25,73							
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 1,32							
JUROS DE MORA 001/001 2,13							
MANUTENCAO HIDROMETRO 1,60							

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.

Parâmetros	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Valor Máximo Permitido	5,0	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
Nº Mínimo de Amostras Exigidas																			
Nº Amostras Realizadas																			
Nº Amostras que Atende Legislação																			
Valor Médio	0.60	3.07	1.33	7.18	0.07	0.00	0.00												
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.																		

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

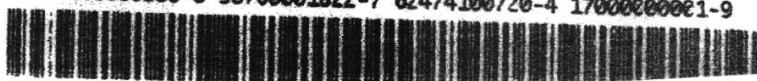


Inscrição		3 1 09 1841 0052-000		AG= 108	
Matricula		2624741-0		Referência	
JUL/2017					

VENCIMENTO
17/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
30,78

8268000000-0 30780001822-7 62474100720-4 17000000001-9





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 N° 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: / /
CPF:

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 automobilístico com fratura em nível. Em pós-operatório de 3 dias.

EXAMES FÍSICOS:

fratura em nível (E?) Raro X.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

- Dilatações - 10x mm - 500.000 CV p/mv
- Enxerto de osso e suspensão
Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-PI 5192

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

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital



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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 13/08/12 HORA: 8:00 Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICIPIO Agua Branca

MÉDICO: Linkelson Marques Camacho Brito CRM: 6785

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antonio Gomes da Silva

Data de Nascimento 19 01 1974 Idade: 43 anos Sexo: (☒) Masculino () Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde 13258138126033

Município de Procedência Agua Branca

HDA: Presente em ambiente noturno, com queimadura de 1ª e 2ª graus na face posterior da cabeça e pescoço, com ferimento de 1cm de comprimento e 0,5cm de profundidade na região da nuca.

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

T ax. _____ °C P: 98 bpm R: 18 mrm PA: 120x80 mmHg Sat O₂ 95 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa _____
() Aspiração () Medicação (especificar) _____
() Curativo (☒) Outros: SF 0,2% 500ml, 20, 143h/m
Tratado com analgésico e limpeza da ferida.

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

Dr. Linkelson Marques
MÉDICO
CRM-PI 6785

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H.U.
Clínica/Posto: Ortopedia Senha: 2012 0813 22 3999



ANTONIO GOMES DA SILVA

NOME

4152369

Nº do prontuário

42

Enfermaria

A

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA: 5 DIAS

alta 20/08/17

Rizolda



Hospital
Universitário

EBSER

Ministério da
Educação

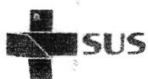
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

6x

40 de 407

JUDICIAL





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	2 - CNES
Hospital Universitário	3.285.391
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES
Hospital Universitário	3.285.391

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PRONTUÁRIO			
ANTONIO GOMES DA SILVA	4152369			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA / COR	10.1 - ETNIA
131058488930018	19/01/1974	Masculino	Parda	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO			
MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA	(86) 999974875			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO			
O PRÓPRIO				
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES, 1	ÁGUA BRANCA	2200202	PI	64460000
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH				
2217101434856				

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	0415010012	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTD
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	0206030029	01
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTD
PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3.5mm	0702030899	01
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTD
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTD
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTD
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTD
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Requerente apresentando fraturas intraarticulares de tornozelo. Requerer de TC do tornozelo para investigação cirúrgica.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL
	20/08/2017	Dr. Lafayette Macedo Médico CRM-PI 6474
44 - DOCUMENTO	45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL	
() CNS () CPF		

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - COD. ORGÃO EMISSOR	52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL
		Dr. Lafayette Macedo Médico CRM-PI 6474
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - DOCUMENTO	51 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL
	() CNS () CPF	





Hospital
Universitário

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

EBSER
UNIVERSITÁRIO

BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente: Antonio Gomes da Silva Pront.: Enf: Leito: DN:

Cirurgião: Dr. Bruno Diagnóstico pré-operatório:

Cirurgia realizada: Fredores de tórax + fibroscopia

Condições pré-operatórias Normais

Exames Clínicos: 14h 15h 16h 17h Risco (ASA): I

Agentes Anestésicos	Oxigênio	Sequência
1	100	1) Monitorização
2	100	2) Anestesia por
3	100	med
Líquido	Soluto 600	3) punção de
	400	13 - 14 - 15 - 16
	Sangue	17 - 18 - 19 - 20
	300	21 - 22 - 23 - 24
	200	25 - 26 - 27 - 28
	Outros 100	29 - 30 - 31 - 32
Capnógrafo	C°	33 - 34 - 35 - 36
	260	37 - 38 - 39 - 40
	240	41 - 42 - 43 - 44
	220	45 - 46 - 47 - 48
P. Arterial	38	49 - 50 - 51 - 52
V	200	53 - 54 - 55 - 56
^	180	57 - 58 - 59 - 60
Pulso	36	61 - 62 - 63 - 64
	160	65 - 66 - 67 - 68
	150	69 - 70 - 71 - 72
Início Fim Anestesia	34	73 - 74 - 75 - 76
x	140	77 - 78 - 79 - 80
	120	81 - 82 - 83 - 84
	100	85 - 86 - 87 - 88
Início Fim Cirurgia	32	89 - 90 - 91 - 92
●	80	93 - 94 - 95 - 96
	60	97 - 98 - 99 - 100
Oximetria	30	
○	40	
	20	
	10	
Diurese		Duração

Acidente - Incidente:

Justificativas:

Técnica Anestésica: Raqui

Oxigênio		Paciente Transfundido		Monitorização		
ício: <u>14h</u>	GS _____	☒ ECG	☒ Oxímetro	☐ Capnógrafo		
Término: _____	RH _____ Vol: _____	☐ PAM	☒ PANI	☐ PVC		
Doses Utilizadas						
Adrenalina _____	Amp	Droperidol _____	Amp	Ondasentrona _____	Amp	
Atropina _____	Amp	Etilefrina _____	Amp	Omeprazol _____	Fr	
Atracúrio _____	Amp	Fenilefrina _____	Amp	Pancurônio _____	Amp	
Agua dest. 10 _____	Fr	Fentanil _____	Amp	Propofol _____	Amp	
Bic. de sódio _____	Fr	Furosemida _____	Amp	Ranitidina <u>0,1</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>0,3</u> _____	Fr	
Diazepam _____	Amp	Naloxona _____	Amp	Tramadol _____	Amp	
Dipirona _____	Amp	Neostigmina _____	Amp			

Data: 18 / 08 / 2017

 3544
Anestesiista/carimbo



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

DATA: 18/07/2017 Posto: Enfermaria: Leito:

Paciente: Antônio Gomes da Silva	Prontuário:
Cirurgia: Fratura de tíbia + fíbula	
Anestesia: Raquian	Anestesista: Jene
Alergia à drogas: (X) Não () Sim. Quais?	
Necessidade de RPA: (X) Sim () Não Assinatura anestesista: Jene 3549	
OBSERVAÇÕES:	

1) Monitorização	
2) O ₂ úmido no coletor nasal 4 l/min	
3) RL @ aquecido 20ml	
4) Aquecimento	
5) 66 + 55W	
	Jene 3549

	Sim	Não	Local		Sim	Não	Local
Monitorização cardíaca				Dreno de penrose			
Oximetria				Dreno de tórax			
Oxigenoterapia				Dreno de sucção			
O ₂ : 1/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

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

EBSERH

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: André Gomes de Figueiredo Prontuário: _____
Idade: 43 Gênero: ☐ M ☐ F Data da Avaliação: 17/08/17
Cirurgia proposta: Proctomia de fístula Cirurgião: Ant. Numaia da Cirurgia 18/08/17
Tubo 10
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 ☐ Sangramento ☐ Diarreia ☐
ORTOPÉDICO	Nenhum ☒ Hérnia de disco ☐ Escoliose ☐ Fratura ☐ Fixação na Coluna ☐ Lombociatalgia ☐
RENAL	Nenhum ☒ Infecção ☐ Cálculos ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Insuf. renal ☐
HEMATOLOGIA	Nenhum ☒ Anemia ☐ Sangramentos ☐ Hemofilia ☐ Transfusões anteriores ☐ Test de Jeová ☐
ALERGIAS	Nenhum ☒ Medicação ☐ Alimentos ☐ Edema Glote ☐ Broncoespasmo ☐ Latex ☐ PCR ☐ Quais: _____
DOENÇAS	Hepatite (A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ HIV ☐ Tuberculose ☐ Chagas ☐ Outras ☐ Quais: _____
VÍCIOS	Nenhum ☐ Tabagismo ☒ Etilismo ☒ Drogas Ilícitas ☐ Quais: _____
CIRURGIAS PRÉVIAS	Não ☐ Sim ☒ Quais: <u>Fístula Túbica</u>
ANESTESIAS ANTERIORES	Não ☐ Sim ☐ Quais: Raqui-anestesia ☒ Peridural ☐ Bloqueio Periférico ☐ Geral ☐ Local ☐
MEDICAÇÕES EM USO	Não ☐ Sim ☒ Quais: <u>Isopropileno</u>

EXAME FÍSICO

Estado Geral: <u>BEG</u>	Mallampatti ☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐
AC: <u>6.5cm</u>	Distância tireo-mento: <u>>6.0cm</u> ☒ <u><6.0cm</u> ☐
AP: <u>6.5cm</u>	Distância esterno-mento: <u>>12.5cm</u> ☒ <u><12.5cm</u> ☐
Prótese dentária móvel: Não ☒ Sim ☐	Abertura oral: <u>>3cm</u> ☒ <u><3cm</u> ☐
Consentimentos: Assinados ☒	

EXAMES LABORATORIAIS

(15/08/17)
Nenhum ☐ Hb 14.1 Ht 41.8 Plaquetas 183.000 TAP _____ INR _____ TTPA _____ Na _____ K _____
Ca _____ Ur 26 Cr 0.6 Glicemia _____

ECG Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐

Raio-X de tórax Não tem ☐ Normal ☐ Alterado ☐

ECO

Avaliação de Especialista:
Condiciona (17/08/17) = Boixo Risco. GI

P ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ E ☐ Jejum a partir de _____ h

CONDUTA: Apto no momento ☐ Não apto ☐ Aguardo exames ☐

ORIENTAÇÃO: -Jejum de 8h p/ 18/08/17

Dr. Thiago Santiago
Anestesiologista
CRM-PI 15567

Dr. Leonardo Lima Campelo
Médico
CRM - PI 15567 / 7828 - MA



Hospital
Universitário

UNIDADE CARDIOVASCULAR

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

NOME: Antônio Gouveia de Silva DATA: 15/04/17

CIRURGIA PROPOSTA: ostomia tímica 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 CF (NYHA) I II III IV

MEDICAÇÕES EM USO: _____

EXAME FÍSICO:

FC 75 bpm PA 110 x 60 mmHg AC: ACR, DNF, SS AP: mv bilateral

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG: ☒ normal ☐ alterado _____

RX de tórax: ☒ normal ☐ alterado _____

Ecocardiograma: _____

Outros: _____

Hb 14 Hto 41 Pla 183 INR _____ TTPA _____ Na _____ K _____ Ur 26 Cr 0,5 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 ECVV no ECG (5 pontos) |
| ☐ Angina Classe III (10 pontos) | ☐ pO2 < 60, pCO2 > 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 EAO 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 (0-3 pontos) ou 1 variável
☐ Risco intermediário (4-6 pontos) ou 2 variáveis
☐ Alto risco (7-15 pontos) ou 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 insulino-terapia
- ☐ Creatinina pre-operatória > 2,0 mg/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: Baixo risco para o procedimento proposto

segundo Lee e American College of Physicians

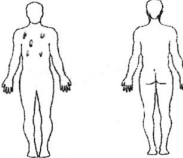
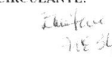
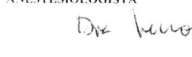
Assinatura: _____

Antônio Carvalho Júnior
CLÍNICA MÉDICA
CRM: 3911



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

Paciente: <u>Antônio Gomes da Silva</u> Prontuário: <u>415.23679</u> Data: <u>18/08/17</u> Leito: <u>A</u> Enfermaria: <u>42</u> Sala: <u>0-2</u> Diagnóstico Médico: <u>Prost. Cirúrgico de Prost. de Bisturi de Bisturi</u> Procedimento Autorizado: <u>Prost. Cirúrgico de Prost. de Bisturi de Bisturi</u> Cirurgia: ☐ Urgência ☐ Emergência ☒ Eletiva	
Isolamento? ☐ Sim ☐ Não Contato ☐ Respiratório ☐	
Chegada do paciente no centro cirúrgico: às <u>10:44</u> horas Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem: <u>Enfermeiro</u> COREN: <u>392.033.16</u>	
☐ Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário) ☐ Procedimento Programado ☐ Sítio demarcado ☐ Consentimento Anestésico ☐ Consentimento Cirúrgico	☒ Paciente possui alergia: <u>nenhuma</u> ☐ Exames complementares e imagens essenciais estão disponíveis ☐ Avaliação pré-anestésica ☐ Algoritmo Tromboembolismo Venoso ☐ No caso de Transplante, anexar o impresso. ☐ Check List de Recepção do Órgão Externo
Horário de entrada em sala: <u>15:20</u> Antes da indução anestésica ☐ Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário) ☒ Montagem da SO de acordo com o procedimento agendado ☒ Todos os materiais, implantes e equipamentos específicos estão funcionando e disponíveis. ☐ Monitor oxímetro de pulso ao paciente e funcionando ☐ Sítio Cirúrgico Demarcado ☐ Materiais de vias aéreas disponíveis ☐ Laringoscópio ☐ Ambu ☐ Aspirador ☐ TOT ☐ Vias Aéreas Difíceis (VAD) ☐ Equipamento VAD disponível	
☐ Há risco de grande perda sanguínea (> 500ml) Reserva de sangue disponível? ☐ Sim ☐ Não Acesso venoso calibroso? ☐ Sim ☐ Não Profilaxia de TEV ☐ Sim ☐ Não se aplica Metas Elásticas ☐ Sim ☐ Não Massagador Intermitente ☐ Sim ☐ Não Horário de início da cirurgia: <u>15:30</u> Antes da incisão cirúrgica ☐ 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 de 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: * <u>Placa de Bisturi: A</u> Garrote Pneumático: <u>III</u> Incisão Cirúrgica: <u>+</u> Horário do Início do garroteamento: <u>15:30</u> Horário do Término do garroteamento: <u>15:35</u> ☐ Tricotomia realizada em sala operatória Material utilizado: ☐ Aparelho barbeador ☐ Tricatomizador	☐ Degermação: ☒ Clorexidina ☐ PVPI ☐ Antissepsia: ☒ Clorexidina ☐ PVPI Manta Térmica: ☐ Superior ☐ Inferior Corpo Colchão Térmico: ☐ Sim ☐ Não Protetor de calcâneo: ☐ Sim ☐ Não Antecipação de Eventos críticos Cirurgião: ☐ Há alguma preocupação ou risco com/para o paciente? Anestesiologista: ☐ Há alguma preocupação ou risco com/para o paciente? Enfermagem e Instrumentador: Todos os materiais e equipamentos estão estéreis (integrador) e disponíveis? ☐ Sim ☐ Não Horário de término da cirurgia: <u>18:05</u>
CARIMBOS E ASSINATURAS CIRCULANTE:  ENFERMEIRO (A): Jairo José de Moura Feitosa ENFERMEIRO COREN: <u>102.638</u> CIRURGIÃO:  ANESTESIOLOGISTA: Dr. Jairo  CHECK OUT (antes da saída do paciente da sala de operação) ☐ Procedimento realizado ☐ Contagem de compressas N° Entregues: <u>06</u> N° Recolhidas: <u>06</u> ☐ Contagem de compressas gaze N° Entregues: <u>06</u> N° Recolhidas: <u>06</u> ☐ Contagem de Perifoneos N° Entregues: <u>05</u> N° Recolhidas: <u>05</u> ☐ Contagem de Instrumentais N° Entregues: <u>04</u> N° Recolhidas: <u>04</u>	



Hospital
União São João

REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

EBSERH

União São João

PACIENTE: Antônio Gomes do Silva PRONTUÁRIO: 435.236.4 CIRURGIÃO: Dr. Antônio SALA: 2 DATA: 18-08

CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

ANESTESIA: RAQUI + GERAL

CIRURJANTE: Ruyfaria

ITEM	AGHU	MEDICAMENTOS CONTROLADOS	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	OUTROS MEDICAMENTOS	QUANT	CONS
285012		CETAMINA 50 mg/mL - Amp. 2 mL	01		14826		DIPIRONA 1 g 2 mL	02	
14864		DIAZEPAM 5 mg/mL	01		13250		EFEDRINA 50 mg/mL	01	
154431		DROPERIDOL 2,5 mg/mL - 1 mg	01		288089		ETILEFRINA 10MG/ML - INJETAVEL	02	
285156		ETOMIDATO 2mg/mL	01		15180		FUROSEMIDA 10 mg/mL	01	
290647		FENTANILA 50 mcg/mL - 2 mL (RAQUI)	01		15482		HIDROCORTISONA 500 mg Fr. - Amp	01	
290364		FENTANILA 50 mcg/mL - 10 mL	01		290567		LEVOBUPIVACAÍNA CLORIDRATO 0,5% C/EPINEFRINA 20ML	01	
186510		ISOFLURANO FR 100 ML	01		290324		LEVOBUPIVACAÍNA CLORIDRATO 0,5% S/VASO 20 ML	01	01
17272		MIDAZOLAM AMP 5 mg/mL - 5 mL	01	01	218456		LIDOCAÍNA 2% SEM VASO 5 mL	01	
262463		MORFINA 0,2 mg/mL - Emb. Esteril (RAQUI)	01		16330		LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 20 ML FR/AMP	01	
401092		PARACETOL 40MG PO INJ (BEXTRA)	01		401365		METARAMINOL 10 mg/mL	01	
138863		PROPOFOL 10 mg/mL - 20 mL (ADEIRA)	02		18101		METOCLOPRAMIDA 5 mg/mL	01	
288796		REMIFENTANILA 2mg	01		17345		NEOSTIGMINA 0,5 mg/mL - Amp. 1 mL	04	
290339		SUFENTANILA 5 mcg/mL - 2ML - ESPINHAL	01		201780		OMEPRAZOL 40 mg	01	
290344		TRAMADOL 50mg/mL - 2mL	01		144495		RANITIDINA 50 mg - Amp. 2 mL	01	01
OUTROS MEDICAMENTOS					NA FARMÁCIA				
290312		ADRENALINA 1 mg/mL - 1 mL (EPINEFRINA)	01		276486		DEXMEDETOMEDINA 100 mcg/ML (PRECEDEX)		
17205		ATACURIO 10 MG/ML 2,5 ML	01		290316		FLUMAZENIL 0,1mg/mL		
13882		ATROPINA 0,25 mg - Amp. 1 mL	08		15431		HEPARINA 5000U/ML FRA 5ML		
288949		BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML	02		16489		LIDOCAÍNA 2% 20 MG/ML 20 ML FR/AMP		
290726		BUPIVACAÍNA + GLUCOSE AMP 4ML (PREBADA)	01		290680		MORFINA 10 MG/ML AMP 1 ML		
235342		BUPIVACAÍNA/ISOBARICA 0,5% 4 ML	01		189910		MORFINA 1MG/ML AMP 2ML ESTERIL		
248681		CEFAZOLINA 1G FRA	02	02	116248		NALOXONA 0,4 mg		
400190		CISATRACURIO BESILATO 2 MG/ML INJETAVEL	01		141097		ONDANSETRONA 8MG/ML		
271412		CLONIDINA 150 MC/ML AMPOLA	01		290341		SUFENTANILA CITRATO 50 MC/ML COM 1 ML		
401039		CLORETO DE SUKAMETONIA 100 mg - Fr. Amp	01						
290888		CETOPROFENO IV 150MG PO LIGIFILG INJETAVEL	01						
14575		DEXAMETASONA 10 mg/mL - 2 mL	01	01					

REQUISIÇÃO DE MATERIAL									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUAN	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUAN	CONS
46		AGULHA 25 x 8	04	02	64	3662	JELCO (CATETER) Nº 18	02	
47		AGULHA 30 x 8	04		65	3670	JELCO (CATETER) Nº 20	02	
48	2879	AGULHA 40X12	04	03	66	3689	JELCO (CATETER) Nº 22	02	
49	2607	AGULHA 13X4,5	04		67	290621	POLIFIX 2 VIAS	01	
50	290553	AGULHA 25G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01	01	68	2291	SERINGAS 1 mL	01	
51	290554	AGULHA 26G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01		69	290639	SERINGAS 5 mL	04	
52	290944	AGULHA 27G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01		70	290638	SERINGAS 10 mL luer lok	04	02
53	291164	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01		71	192937	SERINGAS 20 mL-luer lok	02	04
54	223263	AGULHA PARA PERIDURAL 16 G	01		72	2283	SERINGAS 20 mL-LUER SLIP	02	
55	400957	CATETER PERIDURAL 16 G	01		73	400597	SERINGA 60 mL LUER SLIP	01	
56	400959	CATETER PERIDURAL 18 G	01		74	19	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 14	01	
57	3484	CATETER NASAL TIPO OCULOS	01	01	75	290560	SONDA NASOGÁSTRICA 18	01	
58	290360	EQUIPO MACROGOTAS	02	01	76	290563	SONDA NASOGÁSTRICA 20	01	
59	290892	EQUIPO DE BOMBA	01		77	291074	TORNEIRINHA 3 VIAS	01	
60	89249	ELETRODOS	05	05	78	290373	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0	01	
61	400549	EXTENSOR EM PVC ALTA PRESSÃO 50CM	01		79	290374	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	01	
62	400537	FILTRO BACTERIOLOCO	01		80	290375	TUBO ENDOTRAQUEAL 8,0	01	
63	3646	JELCO (CATETER) Nº 16	02		81	290376	TUBO ENDOTRAQUEAL 8,5	01	

SOLUÇÕES									
ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS	ITEM	AGHU	MATERIAL	QUANT	CONS
290299		CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100mL	02		191973		RINGER -LACTATO 500mL	03	03
290301		CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500mL	04	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>ABR 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													
Oxigenação														1		1	1		1													
Sinais Vitais														1		2	2		2													
Motilidade														2		2	2		2													
Deambulação														2		2	2		2													
Alimentação														1		1	1		1													
Cuidado Corporal														2		2	2		2													
Eliminação														1		1	1		1													
Terapêutica														2		2	2		2													
Comprometimento Tecidual														2		2	2		2													
Curativo														2		2	2		2													
Tempo de Curativos														1		1	1		1													
TOTAL														18		19	19		19													
CUIDADOS														Int		Int	Int		Int													

60-
Corte
Corte
Corte
Corte



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 UTL, 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, camisola e lençol
- ☒ Refrirar 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
FR: 46
T: 35,8°C*

Data: 18 de 08 de 17

Enfermeiro responsável:

Tatiane

193204





EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Hospital
Universitário

EMTN

HP5

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL
NRS 2002 – Nutritional Risk Screening

DADOS PESSOAIS			
PRONTUÁRIO:	4152369	UNIDADE:	Posto 4
NOME:	Antônio Gomes da Silva	SEXO:	F
ADMISSÃO:	15.08.17	ALTURA:	1,66
AJ:	50	CB:	37,1
CP:	37,1	PH:	79,4
IMC:	28,8	Cor da pele:	
Motivo da Internação:	Fratura de quadril 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?		X
2. Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		X
3. Houve redução da ingestão alimentar na última semana?		X
Portador de doença grave, mau estado geral ou em UTI?		X

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	X

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

Assinado eletronicamente por:
Estado de São Paulo
Nutricionista
CRN-BA 3418/P

DATA DA TRIAGEM: 15/08/17



Paciente	<u>Antônio Gomes do Siqueira</u>	Data nascimento	<u>1/1/43</u>	Idade	<u>43</u>	Sexo	☐ Fem ☐ Mas
Prontuário nº	<u>4132305</u>	Data admissão	<u>1/1/12</u>	Clinica / Posto / Enfermaria / Leito	<u>42A</u>	Data infecção	<u>1/1/12</u>
Diagnóstico(s) de Base (CID): <u>Pos op do fôlego do Siqueira</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			
☐ Hospitalar			
☐ ITU	☐ Pneumonia	☐ Sítio Cirúrgico	☐ Corrente Sanguínea
☐ Assintomática	Rx tórax/TC	☐ Incisional	☐ Laboratorial
☐ Sintomática	☐ Definido	☐ Órgão/espaco	☐ Clínica
☐ Outras	☐ Possível	☐ Profunda	☐ Cateter central
☐ Cateter urinário (SVD)	☐ Negativo	Local sítio cirúrgico:	☐ Cateter periférico
☐ Outra instrumentação	☐ Não feito		☐ NPT
	☐ Respirador		☐ Hemodiálise
		Local principal:	
		Local específico (CID):	
		☐ Procedimento/ Instrumentação invasiva	

Culturas realizadas			
Data	Material	Microorganismo	Sensibilidade

☐ Início de tratamento		☐ Renovação de solicitação		Uso exclusivo da CCIH												
☐ Mudança de esquema		☐ Alteração de posologia		Autorização		Alteração		Dose		Intervalo		Via		Dias		
Antimicrobiano	Dose	Intervalo	Via	Dias	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
<u>Clotrimazol</u>	<u>1g</u>	<u>12h</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Justificativa do médico					Justificativa / Sugestão da CCIH											
<u>Pos op do fôlego do Siqueira</u>																
<u>Dr. Lafayette Macedo</u>																
<u>Medico CRM-PI 6474</u>																
Assinatura/carimbo do prescritor					Assinatura/carimbo da CCIH					Data						
<u>18/08/12</u>																
Uso exclusivo da Farmácia:																
Assinatura/carimbo Data																

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



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

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 SOSI: _____

Nome do Paciente: _____

Leito: _____

Coleta: Data _____

Hora: _____

: _____ h

Nome do empregado acidentado: _____

Serviço: _____

Local de Ocorrência do Acidente: _____

x Rosimar Pereira de Alencar
Responsável
(carimbo e assinatura)



Nome	ANTONIO GOMES DA SILVA		Nome Social			Prontuário	415236/9	
Nome Mãe	ARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA		Sexo	Masculino	Estado Civil	Casado	Dt Nascimento	19/01/1974
Nome Pai	AIMUNDO PEREIRA DA SILVA		Data cadastro	14/08/2017	Data recadastro	Pront. Família		
CPF	315601		CPF	536.800.303-04		Cartão SUS	131058488930018	
Nome Anterior			Cidade de nascimento	HUGO NAPOLEÃO		UF	PI	
Nível Instrução	Nível Incompleto		Nacionalidade	BRASILEIRO				
Profissão			Código da profissão			Cor	Parda	
						Fone ou Recado	86-999974875	
Endereço	Posto de Referência : RUA E CASA RESIDENCIAL SOARES							
Muro	Complemento	Bairro						
		BURUNGAO						
Estado	UF	CEP						
PIRANCA	PI	64460-000						
Identificador	NICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA							
Endereço	RUA 14- LC CAB. PESC - OPTALMOLOGIA							
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 <i>x Rosimar Pereira de Abreu</i>								
()	()	()	()					
Paciente	Pai	Mãe	Representante Legal					
Hospital Universitario - Ufpi								
Boletim de Identificação de Paciente								

BOLETIM_IDEN

14/08/17 20:02

Página: 1/1



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: BURUNGAO
Cidade: ÁGUA BRANCA UF: PI Cep: 64.460-000
Data Nasc.: 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: URGÊNCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 5 Dia(s)
Hr. Atendimento:

Equipe Médica

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

Funcionário que efetuou a Internação

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

Observação



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: <i>Antonio Gomes da Silva</i>		LEITO:	PRONT: <i>4152369</i>
IDADE: <i>43a</i>	PESO:	PROCEDÊNCIA: <i>Agua Branca</i>	ALERGIAS: <i>Não</i>
H.D.A.: <i>História de 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, relata nova queda de moto, apresentando ruptura de tíbia.</i>			

EXAME FÍSICO

Geral	
FC:	T: <i>Estável. Apresenta edema na</i>
FR:	SpO2: <i>extremidade distal da perna</i>
FR:	<i>esquerda. Dor à palpação. Ausência</i>
P.A:	<i>e pulsos preservados</i>

Neurológico	
Glasgow:	<i>Normal</i>
Pupilas:	

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

Gastrointestinal



1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: <u>Antônio Gomes da Silva</u>	
DATA DA ADMISSÃO: <u>14/08/17</u>	CLÍNICA / ENF. / LEITO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>19/01/74</u> IDADE: <u>43</u>	SEXO: <u>M</u>
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO: <u>Serviço Geral</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROCEDÊNCIA: <u>Hospital de Agudos</u>	RESIDÊNCIA: <u>Agudos</u>
ESCOLARIDADE: <u>Ensino Fundamental Incompleto</u>	COR (REFERIDA): <u>PARDA</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO / PRINCIPAIS QUEIXAS

2.1 SINAIS VITAIS: P.A. 169x96 R 79 T 36,6 P 79 Glic 124 Sat 97% PESO: 77
ALTURA 1,70 IMC 26,7

2.2 ESCALA DA DOR (1 a 10): 1 (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:	
ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças crônicas: <u>Nenhuma</u>	
() Tratamentos Anteriores / Cirurgias: <u>MIE</u>	
() Medicamentos em uso:	
() ALERGIA: <u>Nenhuma</u>	
PRÓTESES: () Não () Sim	Possui CARTÃO DE VACINA: () Não () Sim
HÁBITOS: () Tabagismo () Etilismo () Outras Drogas, Qual?	
EXAMES ANEXOS:	

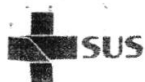
4. NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: ☒ Ar ambiente () Cateter nasal () Macronebulização () Máscara de Venturi Padrão respiratório: () Eupneico () Bradpneico () Taquipneico () Ortopneico () Dispneia () Cheyne-Stokes Tosse: () Seca () Produtiva [Aspecto da secreção]:	
HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia:	
ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar:	
DIETA: () Jejum ☒ Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros () Náuseas () Vômitos () Hematêmese () Sialorréia () Pirose () Inapetência () Disfagia () Dispepsia Estado NUTRICIONAL:	
ELIMINAÇÕES: DIURESE: ☒ Espontânea () SVD () Cistostomia () Disúria () Oligúria () Anúria () Poliúria () Polaciúria () Enurese () Retenção () Incontinência () Proteinúria () Glicosúria ASPECTO da URINA: () Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria EVACUAÇÕES: ☒ Normais () Fezes pastosas () Diarreia () Melena () Constipação há <u>1</u> dia(s) () Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia	
SONO / REPOUSO: ☒ Satisfatório () Insônia () Agitação () Usa medicação, QUAL?	
ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios ☒ Não () Sim, Qual?	
() Astenia ☒ Mialgia Atividade Motora: () Deambula ☒ Deambula com auxílio () Não Deambula () Usa Cadeira de Rodas	
HIGIENE: () Satisfatória ☒ Regular () Insatisfatória Cite:	

5. NECESIDADES PSICOPESPIRITUAIS e SOCIAIS

Pratica alguma atividade RELIGIOSA / ESPIRITUAL () Não ☒ Sim, Qual? <u>católico</u>	
ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: ☒ Calmo () Agitado () Alegre () Triste () Ansioso () Agressivo () Medo	
COMUNICAÇÃO: ☒ Receptivo ao Diálogo () Não Receptivo ao Diálogo	
INTERÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: ☒ Não () Sim, Cite	
Interação com a família ☒ Não () Sim	
LASER: ☒ Não () Sim, Qual?	





Sistema Ministério

Orgão Emissor: M221100001

Hospital
UniversitárioAIH : 221710143485-6
UNI : HOSPITAL UNIVERSITARIONASCIMENTO
19/01/1974

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

LAUDO PARA SOLI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABE

- 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO
Hospital Universitário
- 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO
Hospital Universitário

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- 5 - NOME DO PACIENTE
ANTONIO GOMES DA SILVA

- 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
131058488930018

- 11 - NOME DA MÃE
MARIA FRANCISCA GOMES DA SILVA

- 13 - NOME DO RESPONSÁVEL
O PRÓPRIO

- 15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
QUADRA E CASA RESIDENCIAL SOARES, 1

- 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ÁGUA BRANCA

- 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

- 6 - Nº DO PRONTUÁRIO
4152369

- 8 - DATA DE NASCIMENTO
19/01/1974

- 9 - SEXO
Masculino

- 10 - RAÇA / COR
Parda

- 10 1 - ETNIA

- 12 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 999974875

- 14 - TELEFONE DE CONTATO

- 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2200202

- 18 - UF
PI

- 19 - CEP
64460000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

- 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

- 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

- 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de tibia + pilão tibial

- 22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
0408050500

- 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
0415010012

- 26 - CID 10 PRINCIPAL
T02.3 - Fraturas

- 27 - CID 10 SECUNDÁRIO

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

0408050500 Tratamento cirurgico de fratura de diáfise da tibia
0408050543 Tratamento cirurgico de fratura do pilão tibial
0408060379 Retirada de placa e/ou parafusos

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

- 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO

- 44 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF
45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL
2223849300

- 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO
19/08/2017

- 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Lafayeth Macedo
Médico
CRM-PI 6474

AUTORIZAÇÃO

- 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

- 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
- 50 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

- 51 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL

- 48 - COD. ORGÃO EMISSOR

- 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Orgão Emissor: 0221.00001

AIH : 221710143485-6

UNI : HOSPITAL UNIVERSITARIO

NASCIMENTO
15/01/1974

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO GOMES DA SILVA

D.LIBERA: 15/08/2017

PROCED.: 0415010012 TRATAMENTO: CIRURGIA DE FRATURA DA TÍBIA

OP.SIST: FRANCISCO

CID : T023

Dr. LAUDO F. A. GOMES
Médico ORL - CRM 1133 - PLE 038 303 323-91
CNS 20.393.4974030000

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Hospital Universitario

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Hospital Universitario

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 ASSOCIADAS

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 (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Norival Lima Júnior
Médico - CRM 41.100-1

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

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº BILHETE

0

41 - SÉRIE

0

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

15/08/17

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Norival Lima Júnior
Médico - CRM 41.100-1

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Rosmar Pereira de Oliveira





PREFEITURA DE
ÁGUA BRANCA
Mais desenvolvimento pro 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 () HCG

PARASITOLOGIA E URINALISE

() Parasitológico de fezes () Sumário de urina

MICROBIOLOGIA

() Baciloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Receio X de para E.

Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-PI 5193

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 SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA 2013; 17(1): 1-10

PREFEITURA DE
ÁGUA BRANCA
Mais desenvolvimento pro nosso povo

CNPJ: 03.022.132/0001-02

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTE
Internado ()

Internado ()

Urgência ☒

Enf: _____ Leito: _____

Paciente: Automo Guerrero Enf.
HEMATOLOGIA
() Hemograma

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 () HCG

PARASITOLOGIA E URINALISE
() Parasitológico de fezes () Sumário de urina
MICROBIOLOGIA

MICROBIOLOGIA

() Bacilloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Radio λ de para E

Juceline Leal
Téc. de Biologia
CRTR 462T

Data: 13/8/17

Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-PI 5192

Ass. Carimbo Médico Solicitante.

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

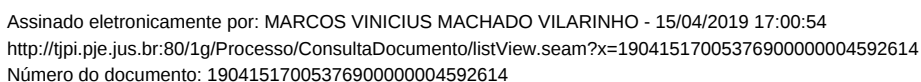
Assinatura e carimbo de ...

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clínica/Posto:

Senha:



42 A

alta

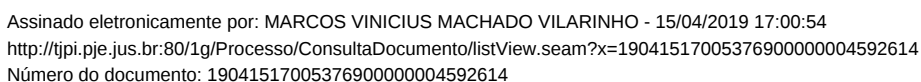
Nome: Antonio Gomes da Silva

Justificativa: Poente com necessidade por deambulador

Ass. Médico Solicita

Ass. Medico Solicitante

Auditor





Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME:	Antonio Gomes de Silva	N: DO PRONTUÁRIO	211523619
DATA:	20/08/17	HORÁRIO:	10:22h.
		CLÍNICA:	P4
		ENE: LEITO	42A

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

Vide prescrição médica

3. DISPOSITIVOS EM USO

Curativo

Cateter de duplo lumen

Sonda vesical de demora

Sonda vesical de alívio (Cateterismo intermitente)

Dreno

Fixador externo ortopédico

Sonda enteral /nasogástrica

Colostomia

Outro, especifique

SIM

NÃO

4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA

Enfermeiro com atuação em PO (Médio) manter tempo e peso.

5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: () Grau I (☒) Grau II () Grau III () Grau IV*

6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: *Vide encaminhamento médico*

*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-OPERATORIAS;
- * INCONSCIENTES 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
Data internação: 14/08/2017 Data Alta: 20/08/2017
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.

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

ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

20/08/2017, 09:26 h.

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474

Dr. Lafayette Macedo
Médico
CRM PI 6474

Sumário de Alta

Identificação

Antonio Gomes da Silva

Leito: 0042A

415236/9

AR_SUMARIO_ALTA 20/08/2017 09:27:50 748520-31343-2

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



Assinado eletronicamente por: MARCOS VINICIUS MACHADO VILARINHO - 15/04/2019 17:00:54
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041517005376900000004592614
Número do documento: 19041517005376900000004592614

Num. 4780831 - Pág. 27

Paulista, 415236/17
23hs 14 de 17





GOVERNO
DO

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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

DATA:

HOS

MÉI

NA

(

ID

N

D

C

I

o

d

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

ax.

PREFEITURA DE
ÁGUA BRANCA
Mais desenvolvimento pro nosso povo
CNPJ: 03.022.132/0001-02

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

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTE

Internado ()

Urgência (X)

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 () HCG

PARASITOLOGIA E URINALISE

() Parasitológico de fezes () Sumário de urina

MICROBIOLOGIA

() Baciloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Raio X de punho E

Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-PI 5192

Data: 13/8/17

Ass. Carimbo Médico Solicitante.

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

Assinatura e carimbo de ...

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: AV

Clínica/Posto: Ortopedia

Senha: 2017 0813 28799



Solicitação de Acompanhante

 Hospital Universitário EBSEERH	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ – HU EBSEERH Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, S/N, Ininga- FONE (086) 3215-5658, Teresina – PI, CEP: 64049-550 CNO: 065173870003-84	Prontuário: 415236/4 Internação: 14/08/17
---	---	---

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

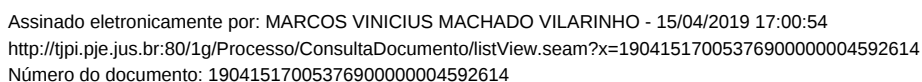
Justificativa: Pouco com capacidade para deambulação

[illegible]

Data: / /

Ass. Médico Solicitante

Auditor	
---------	--





Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME:	Antonio Gomes de Silva			N: DO PRONTUÁRIO	411523619
DATA:	20/08/17	HORÁRIO:	10:22h.	CLÍNICA:	P4
				ENF: LEITO	42A

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		
Vide prescrição médica		
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		
Liberado com medicação em PO (Medic) manter limpo e seco.		
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: () Grau I (☒) Grau II () Grau III () Grau IV*		
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: Vide encaminhamento médico		
*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-OPERATORIAS; * INCONSCIENTES 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 Prontuário: 415236/9
Idade: 43 anos 7 meses Sexo: Masculino Leito: 0042A
Data internação: 14/08/2017 Data Alta: 20/08/2017 Permanência: 6 dias
Convênio: Sus
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 motociclístico 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.

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

ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Dr. Lafayeth Macedo
Médico
CRM-PI 6474

20/08/2017, 09:26 h.

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474

Sumário de Alta

Identificação

Antonio Gomes da Silva

Leito: 0042A

415236/9

IR_SUMARIO_ALTA 20/08/2017 09:27:50 748520-31343-2

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



Assinado eletronicamente por: MARCOS VINICIUS MACHADO VILARINHO - 15/04/2019 17:00:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041517005376900000004592614>
Número do documento: 19041517005376900000004592614

Num. 4780831 - Pág. 32

Printado em: 4:52:36 / 9
23hs 14 de 1x



Cliente: ANTONIO GOMES DA SILVA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MEDICO 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 tíbia 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



Cliente: ANTONIO GOMES DA SILVA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MEDICO 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 tíbia 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



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170657519 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO GOMES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO ANTONIO GOMES DA SILVA

CPF/CNPJ: 53680030304

Posição em 15-04-2019 15:40:10

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
09/02/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
25/01/2018	Interrupção de Prazo	
29/12/2017	Interrupção de Prazo	
29/12/2017	Aviso de Sinistro	

