

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Marilson Barbosa da Costa
nacionalidade: Brasileira, estado civil: Solteiro, RG:
2447123 CPF: 058391693-74, com endereço:
R. Terezinha Costa da Silva, 12, Santo Antônio, CEP: 64.029-250

OUTORGADO: Hauzeny Santana Farias, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí – OAB/PI sob o nº. 18051, com escritório profissional na Rua Governador Tibério Nunes, nº. 329, Cabral, Teresina – PI, e endereço eletrônico: hsf.adv@hotmail.com.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Teresina, Piauí. 11 de Julho de 2019.

Marilson Barbosa da Costa

Outorgante



SDM

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 18/03/10



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - I.E 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
20190116104956

MATRICULA

24961396-4

FATURA Nº

MÊS / ANO

150176553

1/2019

NOME / ENDEREÇO

MORADOR: SALATIEL ANTONIO DA COSTA
PROPRIETÁRIO: ANTOINA DILSA BARBOSA DA COSTA
RUA TERESINHA COSTA DA SILVA 00012-SANTO
ANTONIO-TERESINA-PI-cep:64029250

LOCALIZAÇÃO

010-00021-004920

GRUPO

010

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A05N255335

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
02-01	Mínimo	00	10
03-01	Mínimo	00	10
04-01	Mínimo	00	10
05-01	Mínimo	00	10
06-01	Mínimo	00	10
07-01	Mínimo	00	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 14/12/2018 747
ATUAL 16/01/2019 747

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 19.741/2012

PIS/PASEP 28,16 x 1,65% = 0,46

COFINS 28,16 x 7,60% = 2,14

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (%)
0	0-5 65
10	5-10 65
25	10-25 65
999999	9.1500 65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,16
> Residencial - Normal

REF.

10,0 m3

VALOR

28,16

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (%)

VENCIMENTO

28/01/2019

TOTAL A PAGAR

28,16

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços de água conforme Lei Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.667/86, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2707	2688	1	1,43	0,2-5,0 mg/l

0800 223 2000 ou 115

arsete@terresina.pi.gov.br / arsete.geral@gmail.com
Telefone: (86) 3222 1703

Agência Municipal de Regulação de Serviços Públicos de Teresina

Arsete

ÁGUAS DE
TERESINA



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000923/2019-48

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Resp. pelo Registro:** Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/03/2019 - 12:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

21/07/2018 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PROMORAR

Endereço

AV. ULISSES GUIMARÃES, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PADARIA TRES MARIAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NAILSON BARBOSA DA COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3447123 PI

Mãe: ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA

Pai: SALATIEL ANTONIO DA COSTA

Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA, Nº 12

Bairro: SANTO ANTÔNIO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8874-2123

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SALATIEL ANTONIO DA COSTA, MARCA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PLACA PIC-4793-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01009887359, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CHOCOU-SE NA GUIA DA VIA. FOI SOCORRIDO POR ANTONIO SILVA BORGES, QD-60, L-28, CS-B, PROMORAR, E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 312640). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


NAILSON BARBOSA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia


"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 18/03/19



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190203648	CPF da vítima: 058.391.693-74	Nome completo da vítima: NAILSON BARBOSA DA COSTA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: NAILSON BARBOSA DA COSTA	CPF: 058.391.693-74	
Profissão:	Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA	Número: 12 Complemento: CASA
Bairro: STº ANTONIO	Cidade: TERESINA	Estado: PI CEP: 64029050
E-mail:		Tel.(DDD): 86.98874-2123

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1987 CONTA: 3336 2	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, **TERESINA 13 de MARÇO de 2019**

Nome: **NAILSON BARBOSA DA COSTA**

CPF: **058.391.693-74**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190203648 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NAILSON BARBOSA DA COSTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO NAILSON BARBOSA DA COSTA

CPF/CNPJ: 05839169374

Posição em 24-06-2019 10:30:26

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

03/06/2019 R\$ 3.375,00 R\$ 0,00 R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/06/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/NrbEWYgA0u8DOOJEEoapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8S846b+gKaxQpXgs93YcBLw=)
25/05/2019	Reprogramação de pagamento	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lpfhZrMeggKK8K9YPocapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8S846b+gKaxQpXgs93YcBLw=)
04/05/2019	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/OdNDRBPVDs+dt3e+iCapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8S846b+gKaxQpXgs93YcBLw=)



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



Imp: 22/07/2018 00:09:51

(User: FLAVIA MENDES)
(Estação: RECEPCAO)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MAILSON BARBOSA DA COSTA		Prontuário: 312640
Mãe: ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA	Pai: SALATIEL ANTONIO DA COSTA	
End. Resid.: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 03/12/1992	Idade: 25a7m19d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9436-7147
Responsável: MAILSON BARBOSA DA COSTA	CNS: 898002357156866	
Profissão: SERVENTE	CPF: - - - * RG: 3.447.123 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 675520	Data: 22/07/2018 00:08:33	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Típico: Não
CID Secundário: Y049		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto: há aproximadamente 1 hora, após queda de motocicleta e vômitos. @ Voz normal, porém com alteração de volume: @ MVD bilateralmente SET Sx: 96 / 100 BNF R: 27,55; abito plano, flácido, indolente = propensão para ental (B) ECG: 15 - papéis normais - interpretação: @ há uma região possível a (E).

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA	1. UT DR. ZENON ROCHA
DATA: 22/07/2018	TOMOGRAFIA COMPUTACIONAL
MÉDICO: DR. JOÃO	EXAME 08:55 h
EXAME: U.S. abd. tto	DATA: 22/07/18
PA: 135 x 80 mmHg	Pulso: 120
Diagnóstico Inicial: LAUDO PROVISÓRIO	APAR: 10 CID: -

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Rax de Tórax T. de Crânio e US de abdome e Rax de Pelvis
- Mefenâmico 10mg - 10mg + AD EV, SF 0,9% 1000 ml, EII PI 0,4H; Tramadol 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV, agora 15:05

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência: <input type="checkbox"/>
DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		DATA SAÍDA: 1/1 HORA: 1
<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
ÓBITO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		Proced. Solicitado: 0403.01016.8.
		CID Compativel: 5020
		Solicitante: DR. JOÃO
		Interseção: DR. JOÃO

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NEURO

NOME: <u>Paula Loren Barboza dos Santos</u>	IDADE: <u>25</u> anos	DATA: <u>22</u> / <u>10</u> / <u>2018</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO: <u>02</u> hs <u>45</u> min	TIPO DE ANESTESIA: <u>GERAL</u> () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA: <u>conexão de apendicite crônica</u>		CIRURGIÃO: _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>138 x 83</u>	<u>155 / 78</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>	<u>81</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>PAULA</u>	<u>Ramos</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL				<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.				<u>10</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
<u>1</u> / <u>5</u> mL	<u>1</u> / <u>5</u> mL	<u>1</u> / <u>5</u> mL	<u>1</u> / <u>5</u> mL		
<u>1</u> / <u>5</u> hs	<u>1</u> / <u>5</u> hs	<u>1</u> / <u>5</u> hs	<u>1</u> / <u>5</u> hs		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 02:45h: Admitido O₂ 25a em POI de conexão de apendicite crônica, sob efeito da anestesia geral, FO sup e sed com dreno sucção e sonda vesical.

07:30 Alta, recuperado. — Enx: 414025

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RECIBO DE RECEBIMENTO DE SEGUROS
Recebido em: 18/03/19

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dra. Lorena I. Mendes de Carvalho
Anestesiologista
CRM 113.725

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

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORT [] NEU [] CIR [] MÉD



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

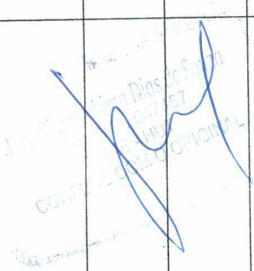
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22 / 07 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Nailson B. da Costa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>312640</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Genel</u>	Nº DA SALA: <u>07</u>
CIRURGIÃO: <u>João Alfredo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Li</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>herena</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Benedicta</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	-		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	-		PVPI DE GERMANTE	ML	70	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	70	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	05	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 16	UNID.	02		Cepon		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0 - 2.0	01	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2.0	01			CIRCULANTE: <u>Juliane</u>			
PROLENE							

MOD - 094



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Wailson</u>			
Diagnóstico pré-operatório <u>fx apendicite</u>			
Operação - Tipo <u>apendicetomia</u>			
Cirurgião <u>Dr. Alvaro</u>	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a) <u>Bruno</u>	Anestesista <u>Luana</u>	Anestesia <u>Perd</u>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <u>22/07/19</u>	Início <u>02:00</u>	Fim <u>02:20</u>	
Diagnóstico Pós-operatório <u>fx apendicite</u>			
Relatório Imediato do Patologista <u>Não</u>			
Acidente Durante a Operação <u>Não</u>			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
01. <u>Realizada a abertura da cavidade, acesso por incisão</u>			
02. <u>Realizada a inspeção, constatada</u>			
03. <u>Presença de apêndice aumentado</u>			
04. <u>Realizada a ligadura do apêndice</u>			
05. <u>Remoção do apêndice</u>			
06. <u>deu sangue</u>			
07. <u>Fechamento da pele</u>			
08. <u>Curativo CI feito e encaminhado</u>			

Mod. 76 HUT



PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 10138 - Em: (25/07/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
219038	312640	NAILSON BARBOSA DA COSTA	CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 211	EXTRA 001	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS			
Evolução:		Esgotou = 15 S, névroses. R ne controle = 5, vômitos neuropsiquiátricos. Chafuro ci hirsuto e secundária Agitação.		Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:				
Hora:				PÓS OP AFIUNDAMENTO					
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Di. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
1	ORAL Tipo BRANDA, CIORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				Baixou de febre + dor no abdome C. 36,5; T. 38,4; J. 7
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	EV	8/8h				
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		SF 0,9%		
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA> 160/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	8/8h				
9	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				

Observações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

LEVADA 30° + FISIOTERAPIA TORAX E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULAR



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AGÊNCIA DE TERESINA - HUT

H...AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
NAILSON BARBOSA DA COSTA		312640	25	Ortopédica	231	230	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
D: 28/07/2018	FRAT. UMEMO PROXIMAL D						
04/08/18							
1	Dieta oral livre						
2	Jelco salinizado						
3	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
8	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
9	Curativos diários						
10	Cuidados gerais e sinais vitais						
Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Yuri Inago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415-TEOT10029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367							

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA (Prontuário: 312640)**
 Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a7m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 675520
 Requisição: 857363 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1060820 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 22/07/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
 - Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
 - Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
 - Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
 - Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
 - Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
 - Retroperitônio: sem alterações.
 - Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
 - Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros.
- Ausência de lesões nodulares focais e difusas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 22/07/2018

FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA (Prontuário: 312640)**
Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 675520
Requisição: 857364 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1060821 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 22/07/2018

TORAX PA E PERFIL

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

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/09/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

João Antonio Lima Dias e Souza
Médico de 04/05/2018
SUSCIPiente
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA (Prontuário: 312640)**
 Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 675520
 Requisição: 857364 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1060822 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 22/07/2018

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO – FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/09/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA (Prontuário: 312640)**
Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a8m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219038
Requisição: 857783 Solicitação: 23/07/2018 Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ
Controle: 1061325 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 23/07/2018

TORAX PA

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

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias de Souza
Matrícula: 047457
CAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA (Prontuário: 312640)**
Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a8m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219038
Requisição: 857783 Solicitação: 23/07/2018 Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ
Controle: 1061325 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 23/07/2018

TORAX PA

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

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA** (Prontuário: 312640)
Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a8m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219038
Requisição: 857783 Solicitação: 23/07/2018 Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ
Controle: 1061325 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 23/07/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA (Prontuário: 312640)**
Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a10m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690587
Requisição: 885887 Solicitação: 23/10/2018 Solicitante: PAULO ANDRE LUZ PEREIRA
Controle: 1097997 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 23/10/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURAS/CRANIECTOMIAS EM REGIÃO PARIETAL ESQUERDA.
- ÁREA DE ENCEFALOMALÁCIA/GLIOSE LOCALIZADA NO LOBO PARIETAL ESQUERDO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 26/10/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



NOME DO PACIENTE: Náulson Barboza da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 312640

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

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

REFERÊNCIA

Nome do cidadão		CNS		Classificação de risco	
POPÔ (NAILSON BARBOSA DA COSTA)		700504563449555		Eletivo	
Sexo	Idade	Data de nascimento	Telefone	Prontuário da unidade	
Masculino	26 anos e 5 meses e 13 dias	03/12/1992			
Nome da mãe		Município de nascimento			
ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA		TERESINA / PI			
Unidade de saúde solicitante				CNS	
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAUJO				2323494	
Profissional solicitante				CNS	
ALINE DE ALMEIDA XAVIER AGUIAR				980016279466383	
Especialidade		Hipótese / Diagnóstico (CID10)			
CONSULTA EM NEUROLOGIA		G40 - EPILEPSIA			
Motivo do encaminhamento					
CTCG pós TCE					
Observação					

TERESINA-PI, 16 de Maio de 2019.

ALINE DE ALMEIDA XAVIER AGUIAR
MÉDICO NEUROLOGISTA
CRM-PI 3118

CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de especialidade	AGENDA: Data e Hora
	/ /
Parecer / conduta da especialidade	Diagnóstico (CID10)
Observação	

DATA DA CONSULTA

ASSINATURA E CARIMBO DO ESPECIALISTA


Impresso em 16/05/2019 às 16:24 por ALINE DE ALMEIDA XAVIER AGUIAR.

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que atendi o paciente NAILSON BARBOSA DA COSTA devido a sequelas de trauma no crânio-encefálico. Apresenta crises convulsivas de repetição mesmo em uso de medicação antiepiléptica.

CID10: S06/G40

Teresina - PI, 16 de maio de 2019.


A. L. NE DE ALMEIDA XAVIER AGUIAR
MÉDICO NEUROLOGISTA
CRM-PI 3118