



Número: **0800525-17.2019.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Oeiras**

Última distribuição : **11/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO DE SOUSA COSTA (AUTOR)		BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4751583	11/04/2019 14:45	Documentos Pessoais	Documentos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DEUS MARTINS

CARTERA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

AS OS mes op op univir

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.442.786 DATA DE EMISSÃO 14/04/10

NOME RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

FILIAÇÃO ANTONIA DE SOUSA COSTA

NOME JOSÉ CLEMENTINO DA COSTA

NATURALIDADE CAMPINAS DO PIAUÍ-PI

DATA DE NASCIMENTO 11/07/1986

DOC. ORDEM MATRICULA: CERT. NASC. 1490960551986100007222000617813

EXP. ISAIAS COELHO 15/03/10

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DETROR LEO CRISTIANO

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

CÓDIGO DE CONTROLE

A0241B98EA87EDAD3

A autenticação deste comprovante deverá ser confirmada no sistema no endereço www.fiscalia.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

06/08/07:14:00 (01/10/2014 (para o dia de emissão))

data verificação: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 067.816.963-84

NOME RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Nascimento 11/07/1986

VALOR EMISSÃO COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de empresa autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 007292282

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	26/06/2018	30	43,69

RATUNDO DE SOUSA COSTA
R. DA PEDREIRA O BATIRO PEDREIRA ROSARIO
CPF: 0005781595384
CEP: 64.500-000 - OIRAS
ROT: 64.770.14.24.045645

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	0	Atual:	19/06/2018
Anterior:	0	Anterior:	21/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	20/07/2018
Consumo Medido:	0	Emissão:	17/06/2018
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	19/06/2018
	FCAM		

MINIHO 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pst.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1968430		3.1.3.1	2

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/18 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,804108 = 24,12
ABR/18 0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,30
MAR/18 0	PARCELAMENTO DE DEBITOS 18/24 17,27
FEV/18 0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,10
JAN/18 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,98
DEZ/17 0	
NOV/17 0	
OUT/17 0	
SET/17 0	
AGO/17 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,598296	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/07/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar a inclusão do nome do consumidor na lista de inadimplentes, além de outras penalidades previstas em lei. Caso tenha efetuado o pagamento favor descartar este aviso.
05/2018	42,48	

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 9207.3B22.7CD8.6132.846C.9AD4.53C3.AF11

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 5,07	Base de Cálculo: 24,12
Energia: 9,62	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 1,51	Valor do ICMS: 5,30
Encargos: 1,53	Valor do PIS: 0,19
Tributos: 6,39	Valor do COFINS: 0,90

INDICADORES DE CONTINUIDADE

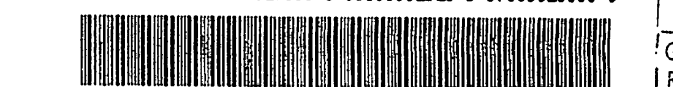
6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00			0,00

OIRAS 04/2018 8,75

ROT: 64.770.14.24.045645

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1319578-6	43,69
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2018	26/06/2018
Nº da Nota Fiscal	FCAM
007292282	

83650000000 2 43690017000 8 00000001319 3 57860618008 6



SEQ.: 00217 UC: 1319578-6 DT.LEIT.: 19/06/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 0 MINIHO TOTAL: 43,69 CARGA: 002
DT.VENC.: 26/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 03:2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



Número: **0800525-17.2019.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Oeiras**

Última distribuição : **11/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO DE SOUSA COSTA (AUTOR)		BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4751572	11/04/2019 14:45	Procuração e Declaração	Procuração

Declaração de Pobreza

Raimundo de Sousa Costa, brasileiro, solteiro, RG nº 3.442.786, CPF nº 057.815.953-84, residente e domiciliado na Rua da Pobreza, nº 5/nº 5, Oeiras-PI, CEP 64500-000, desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Oeiras-PI, 13 de março de 2019.

x Raimundo de Sousa Costa



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

OUTORGANTE: Raimundo de Sousa Costa, brasileiro,
solteiro, RG nº 3.442.786, CPF nº 057.815.953-84, resi-
dente e domiciliado na Rua da Pedreira, nº 512,
Resainho, Oeiras - PI, CEP 64500-000.

OUTORGADO: **BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES**, solteiro, advogado,
inscrito na OAB-PI Nº 16.214, **FABRICIO DE MOURA SOUSA**, solteiro,
advogado, com escritório na Rua Coronel Mundico Sá, nº 275, Centro,
na Cidade de Oeiras-PI, CEP nº 64500-000, onde recebe informações e
notificações.

PODERES: Nos termos do Artigo 105 do Código de Processo Civil, os
contidos na clausula "ad judicium et extra", para, em nome do
outorgante, em qualquer Juízo, Instancia ou Tribunal, ou fora deles,
defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as
ações competentes e defender os interesses da outorgantes nas
contrarias, seguindo umas e outras, até o fim da decisão, usando dos
recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes
especiais para confessar, desistir, transigir, afirmar compromissos ou
acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido,
renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou
separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com
ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Oeiras-PI, 13 de março de 2019.

x Raimundo de Sousa Costa





Número: **0800525-17.2019.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Oeiras**

Última distribuição : **11/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO DE SOUSA COSTA (AUTOR)		BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4751585	11/04/2019 14:45	Boletim de Ocorrência	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

1275 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002813/2018-49

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Antonio Lisboa Da Silva Junior

Data/Hora: 07/12/2018 - 17:06

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

BR-230 AV. TRANSAMAZONICA - BAIRRO BOMBA, Nº:

Complemento

Bairro

BOMBA

Ponto de Referência

RESTAURANTE O PRATÃO

Data/Hora

10/09/2018 03:00



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

RG: 3442786

Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA

Endereço: RUA DA PEDREIRA, Nº S/N

Complemento: BAIRRO CANELA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9475-0809

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA. YBR125K

Ano: Placa:

2015 PIN0850

Chassi:

9C6KE1950G0048942

Renavam:

01074410642

Cor:

Vermelha

Condutor: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

RG: 3442786 Órgão: UF RG:

End: RUA DA PEDREIRA Número: S/N Complemento: BAIRRO CANELA

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSE FILHO ALVES DE SOUSA

End: OEIRAS Número:

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que no dia 10/09/2018, por volta das 03h00min, sofreu um acidente de trânsito, quando conduzia sozinho a motocicleta YAMAHA/YBR 125 FACTOR, acima caracterizado; Que na ocasião trafegava pela BR-230 perímetro da AV. Transamazônica/Bomba nas proximidades do restaurante "O PRATÃO"; Que ao passar sobre uma lombada perdeu o controle da motocicleta, vindo o referido veículo tombar ao chão; Que em consequência a queda o noticiante sofreu escoriações em couro cabeludo, ferimento sangramento com perda de substância na região hemitorax direito, edema nos olhos e face; QUE minutos após o acidente o noticiante foi socorrido pelo SAMU e levado para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) de Oeiras-PI; Que já no dia 01/10/2018 sofreu intervenção cirúrgica na UPA/Oeiras-PI, em seguida foi transferido para o Hospital Regional Deolindo Couto, também nesta cidade de Oeiras-PI. É o relato.

Antonio Lisboa Da Silva Junior - Mat. 0444120

USUÁRIO ADMINISTRATIVO

Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.223.7

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

970





Número: **0800525-17.2019.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Oeiras**

Última distribuição : **11/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO DE SOUSA COSTA (AUTOR)		BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4751656	11/04/2019 14:45	Processo adiministrativo	Documentos

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: CPF da vítima: 057.815.953-84 Nome completo da vítima: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

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

Nome completo: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA CPF: 057.815.953-84
Profissão: SEM EMPREGADO Endereço: RUA DA PEDREIRA S/N Número: S/N Complemento: CASA
Cidade: ROSARIO Estado: PI CEP: 64.500-000
E-mail: Tel.(DDD): 089 99475-0809

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1383 43 CONTA: 000.000.063.604 3
(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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a apresentação, 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado
Local e Data, Oeiras, 20 DE DEZEMBRO DE 2018
Nome: R
CPF: _____

x Raimundo de Sousa Costa
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.

FPS.001 V001/2018

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CA: sorteios de segunda-feira a sábado, Apos

345-463208904-3

11/DEZ/2018

HORA DF 10:36:29

NT. 16.012341-0

TERM 042917

LOCALIDADE: CEIRAS

IN. VINCULADA: 1383

CONTROLE: 345401394

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL

NOME: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

AGENCIA: 1383

GERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.003.604-3

DATA DA ABERTURA: 11/12/2018

LOTerias CAIXA

345-463208904-3

1ª VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
20 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



	GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192	REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº <u>03</u>
		

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

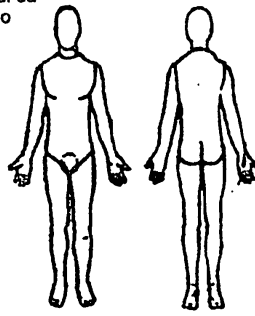
Chamado: 03:09

AMBULÂNCIA ACIONADA: 01 DATA: 10/12/18 DIA DA SEMANA: Seg ☒ Ter ☐ Qua ☐ Qui ☐ Sex ☐ Sáb ☐ Dom ☐

LOCAL DA OCORRÊNCIA
 Endereço: AV. Maranhão nº - Bairro: Bomba Ponto de Referência: R. Paulo

DADOS DO PACIENTE
 NOME: Raimundo de Sousa L IDADE: 32 SEXO: ☒ M ☐ F

DADOS DO CHAMADO
 1. SAÍDA DO P.A.: 03:11 2. CHEGADA AO LOCAL: 03:17 3. SAÍDA DO LOCAL: 03:43
 4. CHEGADA AO HOSPITAL: 03:47 5. SAÍDA DO HOSPITAL: 04:10 6. CHEGADA NO P.A.: 04:26

TIPO DE OCORRÊNCIA	01- ACIDENTE DE TRÂNSITO	07- ENVENAMAMENTO	13- URGÊNCIA OBSTÉTRICA ☒	
	02- AGRESSÃO FÍSICA-ESPANCAMENTO	08- AFOGAMENTO	14- TRANSFERÊNCIA	
	03- AGRESSÃO FÍSICA-FAF	09- CHOQUE ELÉTRICO	16- OUTROS	
	04- AGRESSÃO FÍSICA FAB	10- QUEDA	17- JÁ REMOVIDO	
	05- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	11- URGÊNCIA CLÍNICA	18- FALSO CHAMADO	
	06- TENTATIVA DE SUICÍDIO	12- QUEIMADURA		
	Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☒ 1- Sim 2- Não 3- Ignorado			
EXAME FÍSICO	GLASCOW= ☐		Local da lesão 	
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	4- ESPONTÂNEA ☒ 3- À VOZ 2- À DOR 1- NENHUMA	5- ORIENTADO ☒ 4- CONFUSA 3- PALAVRAS INAPROPRIADAS 2- PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS 1- NENHUMA		6- OBEDECE A COMANDOS ☒ 5- LOCALIZA DOR 4- RETIRA O MEMBRO 3- DECORTICAÇÃO 2- DOSCEREBRAÇÃO 1- NENHUMA
	PUPILAS ☒ 1- NORMAIS 2- CONTRAÍDAS 3- DILATADAS 4- DESIGUAIS	PULSO RADIAL ☐ 1- CHEIO 2- FINO 3- AUSENTE		SINAIS VITAIS P <u>100</u> bpm R <u>18</u> rpm T <u>-</u> °C PA <u>-</u> mmHg Sat. O ₂ <u>92</u> % FC <u>-</u> bpm
	SANGRAMENTO ☒ 1- AUSENTE 2- MÍNIMO 3- MODERADO 4- INTENSO			

PROC. REALIZADOS	☐ ASPIRAÇÃO ☐ OXIGÊNIO ☐ CURATIVOS ☒ PRANCHA LONGA ☐ PRANCHA CURTA	☐ KED ☐ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES ☐ REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR ☐ ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	☐ GLICEMIA CAPILAR ☒ OUTROS <u>Colar</u>
	DESTINO 1- HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO ☒ 2- OUTRO <u>UPA</u> CONDIÇÕES DE ENTRADA ☐ 1- MELHORADO 2- PIORADO 3- INALTERADO		
PROC. REALIZADOS	1- ANTES DO SOCORRO ☐ 2- ANTES DO TRANSPORTE 3- DURANTE O TRANSPORTE 4- NÃO		
	DEPARTAMENTO DE REGISTROS DECVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 DEZ. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470		

OBSERVAÇÕES: paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando
lesões em membros superiores e inferiores, com
hemorragias e suspeita de fratura de costela do lado
direito, não houve relato de ingestão de bebida
alcoólica.

Responsável pela recepção Renata de Lima Sousa Enfermeira COREN-PI 526.364	Socorristas Enfermeira AE / TE <u>Renata de Lima Sousa</u> Condutor <u>João Alberto</u>
---	--





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTOINHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNEJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P046467 Registro: 24807
Data: 10/09/2018 Hora: 03:55:00
Funcionario: MARIAJ Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 10

SUS

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Nasc. 11/07/1986 Idade: 32 ANOS, 4 MESES

Profissão:

Civil: OUTROS

CEP: 64500-000

End.: RUA DA PEDREIRA S/N, 0 - 00000

Bairro: CANELA

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA

Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA

Clinica: CLINICA MEDICA CPF: 057.815.953-84 - RG: 3442786 - CARTAO DO SUS: 704803583654544

Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Glicemia: 0

Frequencia: 0,00 Saturação: 0

Procedimentos

10/09/2018 3:55 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

10/09/2018 4:08 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE, CONDUZIDO PELO SAMU OEIRAS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. SEM SINAIS DE BEBIDA ALCOOLICA, SEM USO DE CAPACETE. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM COURO CABELUCO E MMSS DOR E FERIMENTO SANGRANTE COM PERCA DE SUBSTANCIA NA REGIAO HEMITORAX DIREITO, EDEMA NOS OLHOS E FACE. RELATA SINCOPE. PA: MMG SPO2:97%

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

10/09/2018 04:03:28

526364-RENATA DE LIMA SOUSA

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE, CONDUZIDO PELO SAMU OEIRAS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. SEM SINAIS DE BEBIDA ALCOOLICA, SEM USO DE CAPACETE. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM COURO CABELUCO E MMSS, DOR E FERIMENTO SANGRANTE COM PERCA DE SUBSTANCIA NA REGIAO HEMITORAX DIREITO, EDEMA NOS OLHOS E FACE. RELATA SINCOPE. PA: MMG SPO2:97%

DIAGNÓSTICO

TRAUMA + FERIMENTO NA REGIAO DO HEMITORAX D APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

EX ROTINA TRAUMA

PRESCRIÇÃO MEDICA

TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML (TRAMAL) +
100 ML SF 0,9 EV EM 30 MINUTOS

1AMP

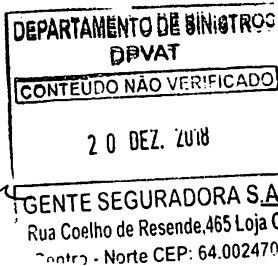
PLASIL - 1 AMP + AD EV

CURATIVO

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICACAO

Data: 01/12/2018 Hora: 19:36:51



Victor Simões
Médico
CRM-MA 9794
CRM-PL 7160

Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA



RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Naumundo de Sane Costa
Idade: 32 anos Sexo: M CPF Nº: 057.815.953-84
CID: V29.9 + L03.3

Descrição do Atendimento: Lesões Sofridas em decorrência do Acidente: Paciente vítima de acidente motociclistico em agosto/2018, apresentando escoriações e perfuração com perda de substância em hemitórax direito (segundo relatório/monitoramento de UPA). Evoluiu com celulite em local de perfuração; sendo internado (agosto/2018) para debridamento de tecido necrótico e antibioticoterapia parenteral (segundo laudo de tuberculose).

Exames solicitados e requisitados:

raio-x nosso do tórax (segundo monitoramento de admissão de UPA).

Tratamento Realizado:

- Analgésicos + Antibiótico (UPA)
- Debridamento cirúrgico + Antibioticoterapia (Hospital Regional)
- Curativos locais + Alimentação Geral (UBS Dr. Milton A. A. A. A.)

Outras informações a critério do médico assistente:

Paciente recebeu primeiro atendimento em unidade de pronto atendimento. Esteve internado para tratamento de celulite em Hemitórax direito no Hospital Regional. Nesta Unidade Básica de Saúde recebeu atendimento diário e recebeu orientações de equipe médica/enfermagem.

Oeiras (PI), 19/12/18

Thiago Rabelo
MÉDICO
CRM - PI 4532

Médico (a) Assistente



Atendimento	10514
Data:	02/10/2018
Hora:	0:28

HOSPITAL REGIONAL DEOLINO COUTO
AV RUI BARBOSA 586, CENTRO
OEIRAS/PI

Nº AIH
MARIA DO
MERCES HO

BOLETIM DE ADMISSÃO

24807 - RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

OUTROS - Sexo: MASCULINO - 11/07/1986 - 32 ANOS, 3 MESES, 22 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: 01A- ALA A ENFERMARIA Leito: A0103 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 1589 - DEOLINDO FERRAZ NUNES FILHO

CPF: 057.815.953-84 RG: 3442786 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: RUA DA PEDREIRA S/N, Nº 0 - CEP: 64500-000 Bairro: CANELA

Cidade: 2207009- OEIRAS/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA

Responsavel: ANTONIA DE SOUSA COSTA - (89) 9994-20901 - MAE

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas
☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas
☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito
☐	Piorado	☐	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

FERM, SUE, PUGIS C

PRZULISTE

Diagnóstico Provável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
20 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



"TERMO DE RESPONSABILIDADE, FIANÇA E AUTORIZAÇÃO"

Atendimento
J0514

Paciente
RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Eu, abaixo qualificado,

Responsável ANTONIA DE SOUSA COSTA	Parentesco MAE	Telefones (89) 9994-20901
Paciente RAIMUNDO DE SOUSA COSTA	Nascimento 11/07/1986	RG 3442786
Endereço RUA DA PEDREIRA S/N	Leito A0103	Enfermaria 01A ALA A ENFERMARIA

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste HOSPITAL REGIONAL DEOLINO COUTO, sediado a AV RUI BARBOSA, 5 de OEIRAS.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) SUS

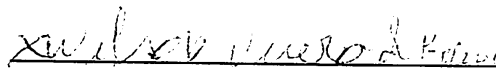
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÊNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

OEIRAS, 02 de outubro de 2018


ANTONIA DE SOUSA COSTA

Testemunha

Nome: _____

RG: _____

Testemunha

Nome: _____

RG: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
20 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO _____ 7892667
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO _____ 7892667

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE _____ 6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____
RAIMUNDO DE SOUSA COSTA _____ 24807
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO _____
704803583654544 _____ 11/07/1986 _____ Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 2
10 - NOME DA MÃE _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO _____
ANTONIA DE SOUSA COSTA _____ (89) 9994-20901
12 - ENDEREÇO _____
RUA DA PEDREIRA S/N, 0 - CANELA _____
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____
OEIRAS _____ 2207009 _____ PI _____ 64500-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

EF 37M - SILEN FULFIO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PE 22 27 TR

21 - CID PRINCIPAL

L03.8

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0803 08-0028

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLINICA MEDICA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

150.715.373-20

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

DEOLINDO FERRAZ NUNES FILHO

02/10/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

49 - Nº DE INTERNAÇÃO HOSP

ANTONIO REIS DE CARVALHO JUNIOR

E220000002

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

138.141.173-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

20 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

FORMULÁRIO DE ENTRADA DE DADOS PARA AIH EM DISQUETE

Nº AIH	Apresentação	Nº do Prontuário	Data de Internação	Data da Saída	Org. Local
221810250028-4	11/2018	27839	02/10/18	07/10/18	
Nome do Paciente					
MARCELO DE SOUSA COSTA					
Logradouro			Município		
R. DA PEDREIRA			OLINDAS		
UF	CEP	Data de Nascimento		Sexo	
PE	67.500-000	11/07/1986		☒ Masculino ☐ 3-Feminino	
Nº do Cartão do SUS					
704 8035.8365.4544 - (89)99942-0901					
Mãe					Raça/Cor
ANTONIA DE SOUSA COSTA					99
Nome do Segurado					
WILSON VIEIRA DE FREIREDO					
PIS/PASEP	Carteira de Ident.	Reg. Nascimento	CPF	Cart. Trabalho	
	3442786				
Porced. Autorizado			Diária de Acompanhantes		Data de Emissão
			CPF Auditor		

Identificação do Paciente

Procedimento Solicitado 03.03.08.007-8

Procedimento Principal 03.03.08.007-8

Espec. 03 Carater de Atend. 02

Cid Princ. L.03.8 Cid. Sec.

Mot. Saída 12 Cid. causa de morte

CPF do Prof. Solicit. 138.111.173-87

CPF do Autorizador 936.479.723-04

Modalidade ACSC

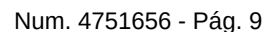
Enf. 01 Leito 04

CPF do Prof. Resp. 138.111.173-87

Data de Autorizador 02.10.18

[illegible]

estante no Prenatal



MS-DATASUS
VERSÃO: 15.50

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
ESPELHO DA AIH

PAG.: 11

DATA: 09/11/2018

O.E: E220000001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 11 / 2018

Num AIH : 221810250028-4

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 11/2018

Data Autorização: 02 / 10 / 2018

Especialidade: 03 - CLINICOS

Orgão Emissor: E220000001

CRC: 05A1EAC5D7

Doc autorizador: 705708454436030

Doc med resp: 207284649980001

Doc diretor clínico: 207284649980001

Doc médico solíc: 207284649980001

CNS: 70480358365454-4

CNES: 2777762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Prontuário: 27839

Paciente: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Data Nasc.: 11 / 07 / 1988

Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 3442785

Responsável pac.: WILSON VIEIRA DE FIGUEREDO

Nome da Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA

Endereço: RUA DA PEDREIRA Bairro:

Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Telefone: (89)9994-20901

Muda Proc.?: NÃO

Município: 220700 - OEIRAS

UF: PI CEP: 64500-000

Procedimento solicitado: 03.03.08.007-8 - TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS

Procedimento principal: 03.03.08.007-8 - TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS

Diag. principal: L038-CELULITE DE OUTROS LOCAIS

Diag. secundário:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Data Internação: 02 / 10 / 2018

Data saída: 07 / 10 / 2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior: -

AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: . . . / -

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0303080078	207284649980001	225125	2777762	2777762	1	10/2018	TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS
2	0301010170	207284649980001	225125	2777762	2777762	5	10/2018	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
3	0202020380			2777762	2777762	1	10/2018	HEMOGRAMA COMPLETO
4	0202020029			2777762	2777762	1	10/2018	CONTAGEM DE PLAQUETAS
5	0202010694			2777762	2777762	1	10/2018	DOSAGEM DE UREIA
6	0202010317			2777762	2777762	1	10/2018	DOSAGEM DE CREATININA
7	0202010635			2777762	2777762	1	10/2018	DOSAGEM DE SODIO
8	0202010600			2777762	2777762	1	10/2018	DOSAGEM DE POTASSIO
9	0202030083			2777762	2777762	1	10/2018	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C
10	0202020150			2777762	2777762	1	10/2018	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE
11	0401010015	207284649980001	225125	2777762	2777762	5	10/2018	CURATIVO GRAU I C/OU S/DEBRIDAMENTO
12	0802010016			2777762	2777762	5	10/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos:

Mortos:

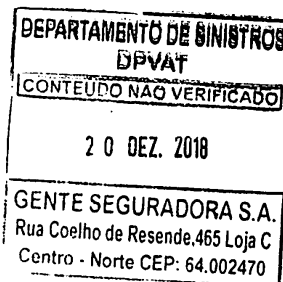
Altas:

Transf.:

Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



Assinado eletronicamente por: BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES - 11/04/2019 14:44:01

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041114440077700000004564895

Número do documento: 19041114440077700000004564895

Num. 4751656 - Pág. 10

SUS**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

UNIDADE	
Nome HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO	
Código / CNPJ 06.553.564/0013-71	
Endereço Av. Rui Barbosa, 586	Município OEIRAS UF PI
CEP 64.500-000	FONE (89) 3462-1213

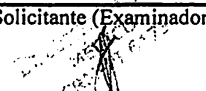
ÓRGÃO EMISSOR	
PACIENTE	Nome do Paciente BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES
	Endereço-Rua-Número-Bairro _____ Município _____ UF _____
	CEP _____ Data do Nascimento _____
	SEXO Masculino Feminino CONDIÇÃO Segurado Cônjuge Filho Outro Dep ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

SEGURADO	Nome do Segurado _____	
	PIS/PASEP Nº Individual _____	Vínculo com a Previdência Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Segurado ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9
	CNPJ da Empresa _____	
	CPF do Médico Solicitante _____	Proced. Solicitado _____ Cart. Int. _____ Data Emissão _____ CPF Médico Responsável _____ Ass. Médico Responsável _____

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO →	
Causa Externa _____	CNPJ da Seguradora _____ Nº do Bilhete _____ Série _____

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos paciente apresenta febre recorrente em período por quimioterapia em ambiente noturno há 10 dias. Realizou 2 exames de sangue e urina	
Condições que Justificam a Internação A 1 de maio	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 DEZ. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
Principais Resultados de Provas Diagnósticas Anomalia + Exame físico	
Diagnóstico Inicial 22.12.2	
Procedimento Solicitado _____	

CLÍNICA	Cirúrgica ☐ 1	Obstétrica ☐ 2	Cl. Médica ☐ 3
	Fisioterapêutica ☐ 4	Psiquiátrica ☐ 5	Pediátrica ☐ 7
	Outros ☐ 9		

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador) 	CRM 6273	Data 01.10.19
--	-----------------	----------------------

ATUAL GRÁFICA E PAPELARIA - FONE: (89) 3462-1762





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HRDC
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO:

Brenno Alves

Nome do Paciente: Brenno Alves de Souza Costa Dat. Nasc.: 1/1/1988

Clínica: Ata: Enf.: Leito:

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

32 anos. Apresenta sintomas neurológicos há 12 dias. Apresenta febre, dor de cabeça, náusea e vômito. Foi encaminhado para avaliação médica.

Data: 02/10/19

Assinatura:

Dr. Brenno Alves

PARECER:

Brenno Alves

Paciente de 32 anos, com queixa de sintomas neurológicos há 12 dias. Apresenta febre, dor de cabeça, náusea e vômito. Foi encaminhado para avaliação médica.

Atenção: O paciente deve ser acompanhado de perto.

Recomenda-se a realização de exames de sangue e urina para avaliação da função renal e hepática.

Data: 02/10/19

Assinatura:

Dr. Brenno Alves

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-PI
C.N.P.J 06.553.564/0013-71

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





HRDC
HOSPITAL REGIONAL DE LINDO COSTA

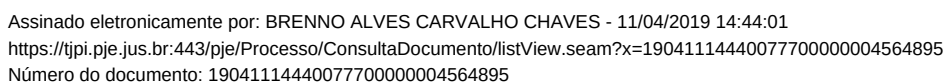
NOME DO PACIENTE:	Valmilda de Sousa Costa			ENFERMARIA:	01	LEITO:	04	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:	11.07.1962							

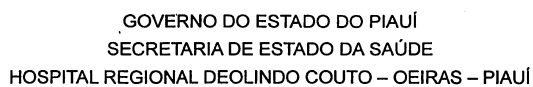
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS
07, 10, 18	CU 724 710 5 14 17 17 <i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i>		
09.12	<i>[Handwritten signature]</i> Érica Fernanda Sousa Lima Enfermeira Cato COREN-PI 554.760		

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





Data: 07-10-18

Paciente: <u>Brummeiro de Sousa Costa</u>	Leito: <u>02</u>	<u>04</u>	DN: <u>11 1071 86</u>
---	------------------	-----------	-----------------------

[illegible]

Hospital Regional Deolindo Couto – H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(89) 3462-3969 – CEP: 64.500-000 – Oeiras – PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71



11/04/2019 14:44:01
BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES
11/04/2019 14:44:01
BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES



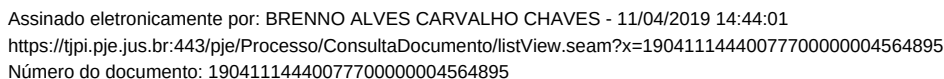


ALA HL

HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

[illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 06/10/2019

Paciente: Reinaldo de Sousa Costa Leito: 01 DN: 11/04/86

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
330. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
12.10. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
16.10. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
19.10. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
22.10. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
25.10. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
28.10. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
31.10. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
03.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
06.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
09.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
12.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
15.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
18.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
21.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
24.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
27.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
30.11. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
03.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
06.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
09.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
12.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
15.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
18.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
21.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
24.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
27.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
30.12. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
02.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
05.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
08.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
11.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
14.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
17.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
20.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
23.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
26.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
29.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	
31.01. 1a. 10x20mm, ex 36.4c.	

Hospital Regional Deolindo Couto – H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro

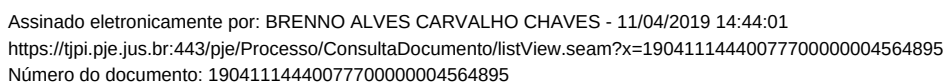
(89) 3462-3969 – CEP: 64.500-000 – Oeiras – PI

C.N.P.J. 06.553.564/0013-71





HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 03/10/18

Paciente: Raimundo Sousa Costa | Leito: 01 | 04 | DN: 11/07/86

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
08:50 PA/30x80 mmHg TA=36.0	
16:25 PA=120x80 mmHg TA=37.0	
20:35 PA=120x80 mmHg TA=36.1	
22:35 PA:	





HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA		ENFERMARIA: 04	LEITO: 01	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 11/07/1986				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
04/10/2018	#FERIMENTO INFECTADO EM HTD		Paciente tratado com antibiótico de amplo espectro.	
	PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS, FERIMENTO COM TECIDO DE GRANULAÇÃO		Paciente em uso de medicação para controle da dor.	
	1) DIETA ORAL LIVRE		Sem S/A.	
	SFO,9% - 1000 ML, EV, 14GTS/MIN		Geane Mendes da Silva	
	2) COMPLEXO B – 01 AMP/SORO		COREN-PI 1003079 - IE	
	3) CIPROFLOXACINO 400MG, EV, 12/12H (D3/7)			
	4) CLINDAMICINA 600MG + 100 ML SFO,9%, EV, 6/6H (D3/7)			
	5) BROMOPRIDA 1AMP+AD EV 8/8H S/N			
	6) DIPIRONA 1AMP+AD EV 6/6H S/N			
	7) TILATIL 20MG + AD, EV, 12/12H			
	8) TRAMAL 100MG + 100 ML SFO,9%, EV, 8/8H ACM			
	9) OMEPRAZOL 20MG, VO, PELA MANHÃ			
	CAPTOPRIL 25MG – 01 COMP, VO, SE PAS> 160 E OU PAD> 100			
	10) CURATIVO COM KOLLAGENASE E AGE			
	11) CCGG + SSVV			
	12. Gêlyato 200uf. vo. antes do almoço			





HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: <u>Raymundo de Sousa Costa</u>		ENFERMARIA: <u>01</u>	LEITO: <u>04</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>11.02.1986</u>				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS	
03/10/18	Exame físico completo em			
10/10/18	região torácica e			
18/10/18	abdominal leve			
18/10/18	1) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	2) Amp 0,5g c/ 10ml	18h		
18/10/18	3) Amp 0,5g c/ 10ml EV	18h		
18/10/18	4) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	5) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	6) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	7) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	8) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	9) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	10) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	11) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	12) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	13) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	14) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	15) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	16) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	17) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	18) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	19) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	20) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	21) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	22) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	23) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	24) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	25) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	26) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	27) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	28) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	29) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		
18/10/18	30) Soro S, 1000 ml EV 18h	18h		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 03/10/15

Paciente: Marcelo de Sá Costa Leito: 0174 DN: 11/07/1988

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
05/08/2015 10:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
08/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
11/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
14/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
17/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
20/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
23/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
26/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
29/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
31/08/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
03/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
06/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
09/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
12/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
15/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
18/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
21/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
24/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
27/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
30/09/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	
03/10/2015 14:30h - paciente em repouso, sem queixas, normais.	

HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo mundo da Sousa Costa</u>		ENFERMARIA: <u>01</u>		LEITO: <u>04</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>11/01/86</u>					
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS		
01/02	Adm. 1ª dose				
02/02	Paracetamol 6/6 h	17:18	20/05		
03/02	Exeto Paracetamol	OK			
04/02	Citral 400: 2x 12h	16:22			
05/02	Clonidina 0,2mg 2x				
06/02	SF 450: 400mg: 2x 6/6h	12:18	24/05		
06/02	Tiklo 200: 2x 12h	16:22			
07/02	Alprazolam + 0,25 = 2x 1mg				
08/02	Paracetamol: 2x 12h	16:22			
09/02	Tiklo 200 + 0,25 =				
10/02	IV 818 mg	16:22	27/06		
11/02	IV 17 mg	10			
12/02	Paracetamol 6/6h				
13/02	Exeto Paracetamol				
14/02	Clonidina 0,2mg 2x				
15/02	Exeto Paracetamol				
16/02	Clonidina 0,2mg 2x				





HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: <u>RAIMUNDO DA SILVA LIMA</u>		ENFERMARIA: <u>01</u>	LEITO: <u>04</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>11/07/1986</u>				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS	
01.10.18	1. Antibiótico em prescrição infusa.			
	2. SBT - 1.000 ml EV 14 pontos			
02/10/18	3. Dipropionato 20mg - 02 bolus	500 - infuso		
05/10/18	4. Clonazepam 0,5mg - 01 comp	16:00		
	+ 100 ml de SF 0,3% para EV			
	5. Paracetamol 20mg - 02 comp + AN EV	16:00		
	de 12/12h	15:10		
	6. Paracetamol - 02 comp + AN EV			
	de 6/6h S/W	13:53		
	7. Paracetamol - 02 comp + AN			
	de 12/12h S/W			
	8. Antibiótico em prescrição de bolus			
	de 6/6h			
	9. SBT			
	10. SF 0,3% - 1.000 ml EV 14 pontos	500		
	11. Tramadol - 02 comp + AN EV	18:00		
	12. Dipropionato R - 02 comp IM	18:00		





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO – OEIRAS – PIAUÍ



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 01 / 10 / 18

Paciente: Parvaneh de Souza Castro

Leito:	02/14
--------	-------

DN: 43 / 07 / 11986

[illegible]

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(89) 3462-3969 - CEP: 64.500-000 - Ceitas - PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CNPJ:06553564001371

Telefone: (89) 3462-1213

AV RUI BARBOSA, 586, CENTRO - OEIRAS/PI

Atendimento: E01265



INTERNADO

Coletado:

Data: 04/10/2018

Paciente: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Médico(a): MARCELLA SILVA MARCOS

Convênio: SUS

Leito: A0103 Enfermaria: 01A

Sexo: MASCULINO

Idade: 32 ANOS, 3 MESES, 22 DIAS

Impresso: 04/10/2018

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,17 milhões/mm ³	(M) 4,50 a 6,10 - (F) 4,00 a 5,40 milh.
HEMOGLOBINA	9,7 g/dl	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	31,0 %	36 a 52 %
VCM	97,79 µm ³	82 a 92 µm ³
HCM	30,60 pg	27 a 33 pg
CHCM	31,29 g/dl	32 a 36 g/dl
RDW	14,5 %	14 a 17 %

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8300 mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0
BASTONETES	0 %	0
SEGMENTADOS	59 %	48 a 63 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	0
EOSINÓFILOS	07 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
LINFÓCITOS	27 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	20 a 35 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	07 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
PLAQUETAS	203.000 /mm ³	100% 150.000 a 400.000 /µL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Evandro S. Carvalho
Farmacêutico - Bioquímico
CRF/PI: 388



Assinado eletronicamente por: BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES - 11/04/2019 14:44:01

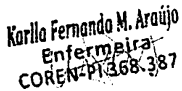
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041114440077700000004564895>

Número do documento: 19041114440077700000004564895

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Roberto de Almeida Costa DATA: 21/10/18

ALA: A ENFERMARIA: 1 LEITO: 4

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>Realização de curativo em ferimento</u>		
<u>Realização de curativo em ferimento</u>		
<u>Realização de curativo em ferimento</u>		
<u>Realização de curativo em ferimento</u>		
M A N H Ã	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

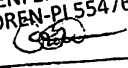
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		CATETERISMO VESICAL DE ALVIO



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Raimundo da Sousa Costa

ALA: A ENFERMARIA: 01 LEITO: 04 DATA: 04/10/2018

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã	<u>Realizado curativo oclusivo de sonda lateral de drenagem no ligamento do 3º e 4º paravertebral de C6 e C7, com oclusão.</u>	Gabriela da Silva Rosa ENFERMEIRA COREN-PI 554761 
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E		
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA		
0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS		
0309010101 SONDAGEM ENTERAL		
0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA		
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E		
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA		
0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS		
0309010101 SONDAGEM ENTERAL		
0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA		



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Raimundo de Sousa Costa

ALA: A ENFERMARIA: 01 LEITO: 04 DATA: 03/01/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>Realização curativo em ferimento em bandagem e ingestão de alimentos</u>		Gessyca Rahyane S. de Sousa Enfermeira COREN - PI 327063
<u>Realização de sondagem enteral</u>		
M A N H Ã	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		
		CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Raimundo de Jesus Costa
ALA: A ENFERMARIA: 03 LEITO: 04 DATA: 02/10/2018

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	 Enfermeiro(a) <u>Enfermeiro</u> Data: <u>02/10/2018</u>
	X 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		





HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 3462-1213
CEP 64.500-000
CNPJ 06.553.564/0013-71

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	☐	Uso de Prótese e Órteses	☐
Diária de UTI	☐	Uso de Fatores de Coagulação	☐
Diária de Acompanhante	☐	Uso de Oxigenadores	☐
Vacina Anti RH	☐	Nutrição Parenteral	☐
	☐		☐

Hospital: **HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO**

CNPJ 06.553.564/0013-71

Paciente: Raimundo de Sousa Costa N.º AIH _____

Procedimento Anterior: _____ Procedimento Solicitado _____

Médico Solicitante: _____ CRM: _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

DATA 02/10/2015

Assinatura do Médico Solicitante
CRM e CPF

AUDITOR:

DATA ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante
CRM e CPF





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -
HDC em 00:10

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P049362 Registro: 24807
Data: 01/10/2018 Hora: 09:41:00
Funcionario: MARIAJ Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 49

SUS

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

CPF: 057.815.953-84 - RG: 3442786 - CARTÃO DO SUS

asc.: 11/07/1986 Idade: 32 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS Profissão:

Civil: OUTROS CEP: 64500-000

nd.: RUA DA PEDREIRA S/N, 0 -

Bairro: CANELA

Cidade: OEIRAS/PI

or: SEM

Telefone: () -

Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA

Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA

Unidade: CLINICA MEDICA Documento: 6173 - JOASSAN PERYS ANTONIO DE ARAUJO

SUS: 704803583654544

esponsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

01/10/2018 9:41 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
01/10/2018 9:51 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE ENCAMINHADO POR DRA ANA VICTORIA PARA AVALIAÇÃO COM CIRURGIÃO GERAL, APRESENTANDO FERIMENTO INFECTADO, COM PRESENÇA DE NECROSE EM REGIÃO DO HEMITORAX DIREITO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 117/73MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
01/10/2018 09:51:10

499528-NATANIELA MOURA
FORTELA FREITAS

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE ENCAMINHADO POR DRA ANA VICTORIA PARA AVALIAÇÃO COM CIRURGIÃO GERAL, APRESENTANDO FERIMENTO INFECTADO, COM PRESENÇA DE NECROSE EM REGIÃO DO HEMITORAX DIREITO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 117/73MMHG

DIAGNÓSTICO

QUEIMADURA DE 2º GRAU

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

NDN

PRESCRIÇÃO MEDICA

01 PARECER DO CIRURGIÃO GERAL 1

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

Data: 01/10/2018 Hora: 10:50:07

responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

6173 - JOASSAN PERYS ANTONIO DE



Assinado eletronicamente por: BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES - 11/04/2019 14:44:01

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041114440077700000004564895

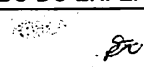
Número do documento: 19041114440077700000004564895

Num. 4751656 - Pág. 35

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Raimundo de Sousa Costa

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 05/10/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
M A N H Ã	As 12:23 Realizados curativos em região de traqueia direto após debridamento. Ferida de extensão (19 cm x 14 cm) com tecido granulativo. Utilizados SF 0,9% gaze, sulfadiazina e esponja absorvente. U.O. sentada 5ml e 10ml e hidratação			
		0401010023		CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	X	0401010015		CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071		CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063		CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS, 657, 00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P050965 Registro: 24807
Data: 12/10/2018 Hora: 08:25:00
Funcionario: SANDRA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 33
SUS

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA CPF: 057.815.953-84 - RG: 3442786 - CARTAO DO SUS
Nasc.: 11/07/1986 Idade: 32 ANOS, 3 MESES, 1 DIA Profissão: Civil: OUTROS CEP: 64500-000
End.: RUA DA PEDREIRA S/N, 0 - 00000 Bairro: CANELA Cidade: OEIRAS/PI
Cor: SEM Telefone: () - Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA
Clinica: ACOHIMENTO Documento: 6989 - JAQUELINE PINHEIRO DE ALENCAR SUS: 704803583654544
Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

12/10/2018 8:25 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☒ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE VEIO PARA REALIZAR CURATIVO. NEGA PATOLOGIA CRONICA E/OU
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. PA: 124/71 MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

12/10/2018 08:44:26

492511-DEYCE DANYELLE LOPES
SILVA

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE VEIO PARA REALIZAR CURATIVO.

DIAGNÓSTICO

FERIMENTO

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MEDICA

CURATIVO

1

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICACAO

Data: 12/10/2018 Hora: 09:10:44

Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

6989 - JAQUELINE PINHEIRO DE ALENCAR





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS, 657, 00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P050965
Data: 12/10/2018
Funcionario: SANDRA

Registro: 24807
Hora: 08:25:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 33

SUS

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Nasc.: 11/07/1986 Idade: 32 ANOS, 3 MESES, 1 DIA Profissão:
End.: RUA DA PEDREIRA S/N, 0 - 00000 Bairro: CANELA
IBGE: 2207009 Cor: SEM Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA

CPF: 057.815.953-84 - RG: 3442786 - SUS: 704803583654544

Civil: OUTROS CEP: 64500-000

Cidade: OEIRAS/PI

Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA

Clinica: ACOlhIMENTO Documento: - DEYCE DANYELLE LOPES SILVA

Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - O MESMO

492511

Procedimentos

12/10/2018 8:25 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☒ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VEIO PARA REALIZAR CURATIVO. NEGA PATOLOGIA CRONICA E/OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.
PA: 124/71 MMHG

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

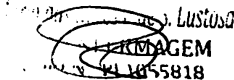
492511 - DEYCE DANYELLE LOPES SILVA



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Raimundo de Souza Costa

ALA: 1MA ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 12/01/2019

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã	Realizado curativo em Região Anterolateral do Ombro com Soro fisiológico 0,9% + clorexidina + Gaze atadura 8x8 Pálida Per	
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR
		

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR		





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P051081 Registro: 24807
Data: 13/10/2018 Hora: 06:25:00
Funcionario: SILVERIA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 20

SUS

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

CPF: 057.815.953-84 - RG: 3442786 - CARTAO DO SUS

Nasc.: 11/07/1986 Idade: 32 ANOS, 3 MESES, 2 DIAS Profissão:

Civil: OUTROS CEP: 64500-000

End.: RUA DA PEDREIRA S/N, 0 - 00000

Bairro: CANELA

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA

Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA

Clinica: ACOHIMENTO Documento: 5281 - IRIZON KLECIO PEREIRA REGO

SUS: 704803583654544

Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

13/10/2018 6:25 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☒ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE, VEIO A ESTA UNIDADE PARA REALIZAR CURATIVO. PA: 149X84MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

13/10/2018 07:35:36

526364-RENATA DE LIMA SOUSA

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE, VEIO A ESTA UNIDADE PARA REALIZAR CURATIVO. PA: 149X84MMHG. EF: CURATIVO DIÁRIO PÓ DEBRIDE DE FERIMENTO CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DIREITA, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

DIAGNÓSTICO

CURATIVO

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. TROCA DE CURATIVO

1

CONDUTA MÉDICA

Data: 13/10/2018 Hora: 09:42:01

Irizon Klecio Pereira Rego
Médico
CRM-PI 5281





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P051952 Registro: 24807
Data: 19/10/2018 Hora: 13:03:00
Funcionario: MARIAJ Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 67 SUS

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA CPF: 057.815.953-84 - RG: 3442786 - CARTAO DO SUS
Data de nascimento: 11/07/1986 Idade: 32 ANOS, 3 MESES, 8 DIAS Profissão: Civil: OUTROS CEP: 64500-000
Endereço: RUA DA PEDREIRA S/N, 0 - 00000 Bairro: CANELA Cidade: OEIRAS/PI
Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA
Telefone: () -
Clínica: ACOHIMENTO Documento: 6507 - RAIANE RODRIGUES DOS SANTOS SUS: 704803583654544
Responsável: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

19/10/2018 13:03 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☒ Azul - Não

NOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIENTE, VEIO A ESTA UNIDADE PARA REALIZAR CURATIVO. PA: 123X79MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
19/10/2018 13:40:19

526364-RENATA DE LIMA SOUSA

ADOS CLÍNICOS

ACIENTE COM LESÃO EM CICATRIZAÇÃO EM TRONCO A DIREITA APÓS DESBRIDAMENTO MECÂNICO. SEM SINAIS DE INFECÇÃO

DIAGNÓSTICO

FERIDA EM CICATRIZAÇÃO

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

RESCRIÇÃO MÉDICA

CONDUÇÃO MÉDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

Data: 19/10/2018 Hora: 16:11:52

RAIMUNDO

Responsável: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

RAIANE RODRIGUES
MÉDICA
CRM-PI 6507

6507 - RAIANE RODRIGUES DOS SANTOS



Assinado eletronicamente por: BRENNO ALVES CARVALHO CHAVES - 11/04/2019 14:44:01

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041114440077700000004564895

Número do documento: 19041114440077700000004564895

Num. 4751656 - Pág. 41

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Ricardo de Sousa Costa

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 11/04/18

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
Realização curativo em abdômen, cateterização de vesícula, cateterização de demora, nutrição enteral e glicemia capilar		Kédima Alves Rego Brandão Enfermeira COREN/PI 158811
T A R D E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR		





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P052045 Registro: 24807
Data: 20/10/2018 Hora: 08:34:00
Funcionario: SANDRA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 18 SUS

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

CPF: 057.815.953-84 - RG: 3442786 - CARTÃO DO SUS
Nasc.: 11/07/1986 Idade: 32 ANOS, 3 MESES, 9 DIAS Profissão: Civil: OUTROS CEP: 64500-000
End.: RUA DA PEDREIRA S/N, 0 - 00000 Bairro: CANELA Cidade: OEIRAS/PI
Cor: SEM Telefone: () - Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA
Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 2 - MEDICO DE PLANTAO SUS: 704803583654544
Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

20/10/2018 8:34 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
20/10/2018 8:45 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE VEIO PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM, CURATIVO EM REGIÃO FLANCO DIREITO.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
20/10/2018 08:44:58

458056 ENEDINA MAYANE
RODRIGUES VIANA DE FREITAS

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE VEIO PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM, CURATIVO EM REGIÃO FLANCO DIREITO.

DIAGNÓSTICO

LESÃO INFECTADA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

KIT P/ CURATIVO

1 UND

FAZER CURATIVO

CONDUTA MÉDICA

Data: 20/10/2018 Hora: 09:05:30

Lázaro Macedo Carvalho
MÉDICO
CRM-PB 10553





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P052045
Data: 20/10/2018
Funcionario: SANDRA

Registro: 24807
Hora: 08:34:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 16

SUS

RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Nasc.: 11/07/1986 Idade: 32 ANOS, 3 MESES, 9 DIAS Profissão:
End.: RUA DA PEDREIRA S/N, 0 - 00000 Bairro: CANELA
IBGE: 2207009 Cor: SEM Mãe: ANTONIA DE SOUSA COSTA

CPF: 057.815.953-84 - RG: 3442786 - SUS: 704803583654544

Civil: OUTROS CEP: 64500-000

Cidade: OEIRAS/PI

Pai: JOSE CLEMENTINO DA COSTA

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 2 - ENEDINA MAYANE RODRIGUES VIANA DE FRANCA

Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA - O MESMO

458056

Procedimentos

20/10/2018 8:34 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

CLIENTE VEIO PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM, CURATIVO EM REGIÃO FLANCO DIREITO.

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

Responsavel: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

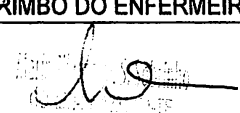
458056 - ENEDINA MAYANE RODRIGUES



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Leandro de Souza Costa

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 20/10/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>curativo. wash SF 0,1%, gel</u>		
<u>de, curativo e gel</u>		
<u>atadidos.</u>		
M A N H Ã	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598502

Vítima: RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO DE SOUSA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01167/01168 - carta_04 - INVALIDEZ

00040584



Carta nº 13783593