

Controle x Audiência x Upload x Controle x Tribunal x PJ Acesso 1º x PJ Consulta x PJ 0801292- x Entrada x Baixar o x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=283966&ca=0b6614a921ae438a525e235dbaf34eec06109...

Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0801292-55.2019.8.18.0030
MARCILENE DE CARVALHO SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO ...

9095174 - CONTESTAÇÃO (2710834 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/04/2020 10:25:23

02 Abr 2020

8 de 6


☆ © ⬇ 🔒

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

9095173 - CONTESTAÇÃO

- 9095174 - CONTESTAÇÃO (2710834 CONTESTACAO 01)
- 9095178 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2710834 CONTESTACAO Anexo 02.web)
- 9095179 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 9095182 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)
- 9095355 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))

2710834- CS/ 2020-01446/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**
ADVOGADOS ASSOCIADOS


EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OERAS/PI

Processo: 08012925520198180030

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro"

PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf documentos.pdf

Exibir todos



PT 10:25 02/04/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS/PI

Processo: 08012925520198180030

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/07/2018**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão espositiva na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)


Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

| PARECER DE PERÍCIA MÉDICA | |  | | |
|---|---|--|------------------|------------------------------|
| DADOS DO SINISTRO | | | | |
| Número: 3180417131 | Cidade: Oeiras | Natureza: Invalidez Permanente | | |
| Vítima: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA | Data do acidente: 30/05/2018 | Seguradora: ARIANA SEGURADORA S/A | | |
| PARECER | | | | |
| Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR, DO ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAL, E FRATURA AO NÍVEL DO TETO DA ÓRBITA, E LESÃO NO JOELHO DIREITO COM PERDA DE PARTES MOLES E PELE. | | | | |
| Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO E LEVE CRANIOFACIAL. | | | | |
| Resultados terapêuticos: FEZ TRATAMENTO COM 24 DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM MINI PLACAS E PARAFUSOS, COM RAFIA DA LESÃO NO JOELHO DIREITO, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO. APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ EXTENSA COM 10,0 CM POR 10,0 CM NO SEUS MAIORES DIÂMETROS, COM PLÁSTICA VICIOSA E COM PERDA DE PARTES MOLES NA REGIÃO LATERAL DO JOELHO DIREITO, QUE PREJUDICA OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO. | | | | |
| Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO. | | | | |
| Sequelas: Com sequelas | | | | |
| Data da perícia: 06/10/2018 | | | | |
| Conduta mantida: | | | | |
| Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR | | | | |
| Médico examinador: MAURO RICARDO RAMOS BELIBIO | | | | |
| CRM do médico: 4606 | | | | |
| UF do CRM do médico: PI | | | | |
| DANOS | | | | |
| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
| Lesões de órgãos e estruturas oró-faciais, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau leve - 25 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 37,5 % | R\$ 5.062,50 |

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **30/05/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000025662-3

Nr. da Autenticação 8130689D38E67A37

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 5.062,50 (CINCO MIL E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

OEIRAS, 27 de março de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei | Total (100%) | Intensa (75%) | Média (50%) | Leve (25%) | Residual (10%) |
|---|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior | | | | | |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral | | | | | |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | | | | | |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00 | R\$ 7.087,50 | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores | R\$ 6.750,00 | R\$ 5.062,50 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés | | | | | |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | R\$ 3.375,00 | R\$ 2.531,25 | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75 | R\$ 337,50 |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral | R\$ 1.350,00 | R\$ 1.012,50 | R\$ 675,00 | R\$ 337,50 | R\$ 135,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | | | | | |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço | | | | | |

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**, em curso perante a 2ª **VARA CÍVEL** da comarca de **OEIRAS**, nos autos do Processo nº 08012925520198180030.

Rio de Janeiro, 27 de março de 2020.


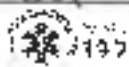


JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

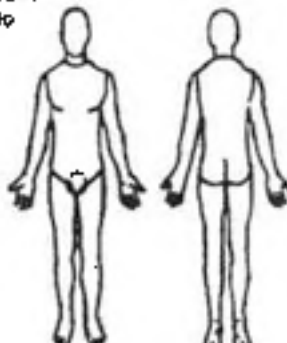
| | | |
|---|--|---|
|  | GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE OBRAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 | Nº <u>02</u>  |
| | | |

Suplemento 19/21

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| | |
|---------|---|
| CHAMADO | AMBULÂNCIA ACIONADA: <u>02</u> DATA: <u>22.05.18</u> DIA DA SEMANA: <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input checked="" type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Dom |
| | LOCAL DA OCORRÊNCIA Endereço: <u>Rua Manoel de Sá</u> nº <u>...</u> Bairro: <u>Guarajuba</u> Fonte de Referência: <u>Delegacia</u> |
| | DADOS DO PACIENTE NOME: <u>Marcilene de Carvalho Sousa</u> IDAD: <u>31</u> SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F |
| | DADOS DO CHAMADO 1. SAÍDA DA CASA: <u>19:22</u> 2. CHEGADA LOCAL: <u>19:26</u> 3. SAÍDA DO LOCAL: <u>19:33</u> 4. CHEGADA AO HOSPITAL: <u>19:37</u> 5. SAÍDA DO HOSPITAL: <u>20:01</u> 6. CHEGADA NO PA: <u>20:06</u> |

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| HISTÓRICO | 01- ACIDENTE DE TRÂNSITO 02- AGRESSÃO FÍSICA/ESPANCAMENTO 03- AGRESSÃO FÍSICA-PAR 04- AGRESSÃO FÍSICA-FAB 05- URGÊNCIA PSOLATÉRICA 06- TENTATIVA DE SUICÍDIO | 07- ENVENENAMENTO 08- AFOSAMENTO 09- CHOQUE ELÉTRICO 10- QUEDA 11- URGÊNCIA CLÍNICA 12- QUEIMADURA | 13- URGÊNCIA OBSTÉTRICA <input checked="" type="checkbox"/> 14- TRANSFERÊNCIA 15- OUTROS 16- JÁ REMOVIDO 17- FALSO CHAMADO |
| | Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Ignorado | | |

| | | | | |
|--------------|--|---|--|--|
| EXAME FÍSICO | 2. ADOÇÃO: <u>13</u> | | | DOENÇA  |
| | ABERTURA OCULAR | RESPOSTA VERBAL | RESPOSTA MOTORA | |
| | 1. EFONTÂNICA 2. ÁVIZ 3. ÁDOR 4. NENHUMA | 1. ORIENTADO 2. CONSCIENTE 3. NÃO AUTOMATIZADO/INTELIGENTE 4. NÃO AUTOMATIZADO/INTELIGENTE 5. NENHUMA | 1. POSSEDE A CONSCIÊNCIA 2. FICHA DA XE 3. RETIRADO MEMBRO 4. LEGITIMIDADE 5. FALSOCHAMADO 6. NENHUMA | |
| | PUPILAS: <u>2</u> 1. NORMAIS 2. CONTRAÍDAS 3. DILATADAS 4. DESIGUAIS | PULSO RADIAL: <u>1</u> 1. PRESENTE 2. FINO 3. AUSENTE | SINAIS VITAIS: P: <u>94</u> bpm R: <u>...</u> rpm T: <u>36,5</u> °C PA: <u>130/80</u> mmHg S: <u>98</u> % FC: <u>...</u> bpm | |

| | | | |
|-----------------|--|--|---|
| PROC. F. IZADOS | <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> OXIGÊNIO <input checked="" type="checkbox"/> CURATIVOS <input type="checkbox"/> FRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> FRANCHA CURTA | <input type="checkbox"/> RED <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE EXTREIDADES <input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA | <input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR: <u>151</u> <input type="checkbox"/> OUTROS: <u>...</u> |
| | DESTINO: 1- HOSPITAL REGIONAL DE OBRAS <input type="checkbox"/> 2- OUTRO: <u>...</u> 3- CONDIÇÕES DE ENTRADA: <u>3</u> 1- MELHORADO 2- Piorado 3- INALTERADO | | |

DIAGNÓSTICO: paciente consciente, orientada vítima de acidente motociclistica moto x carro, apresentando marcas de arranhadura da borda da guarda apresentando Ellis quadrante com na região da cabeça

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Responsável pela recepção: <u>...</u> | Socorristas: <u>...</u> Enfermeira: <u>Rosa Maria</u> AE/IE: <u>...</u> Condutor: <u>...</u> | Assessor Técnico de Enfermagem: <u>...</u> COREN-PA: <u>...</u> |
|---------------------------------------|---|--|

PJ CORRETORA DE SEGUROS
18 JUL 2018
OPVAT

Extrobras
Distribuição Pública

Seu código
0244255-8

SEU CÓDIGO
0244255-8

CONTA MÊS
JUNHO/2018
VENCIMENTO
28/06/2018
CONSUMO (KWH)
35
TOTAL A PAGAR (R\$)
52,08

Nº de leitura - 007455459

Atenção: Se você não recebeu a leitura, consulte o site da Extrobras.

PARA LIGAR E PAGAR
LIGAR: 0800 088 0808
PAGAR: 0800 088 0808
CNPJ: 07.000.000/0001-00

| DADOS DA LEITURA | | DADOS DA LEITURA | |
|------------------|------|------------------|------------|
| Anterior | 1107 | Anterior | 77480/2018 |
| Atual | 1142 | Atual | 77485/2018 |
| Consumo (KWH) | 35 | Consumo (KWH) | 24/07/2018 |
| Consumo (KWH) | 35 | Consumo (KWH) | 28/06/2018 |
| Consumo (KWH) | 35 | Consumo (KWH) | 77480/2018 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | |
|------------------------------|------------|
| Classe/Subclasse | Residência |
| RESID. BL. RENDA | |

| DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|----------------------------------|---------------------------|
| CONSUMO | 35 KWH @ R\$ 1,49 = 52,08 |
| CONTA. JAU (MULCA. P.B. T.CUSTE) | 30,92 |
| DIFERENÇA DE TARIFA | 2,88 |
| SUPORTE ADIC. REND. | 37,50 |
| AD. T.C. BANCARIA/ANUELA | 0,15 |
| ADIC. T.C. BANCARIA/ANUELA | 1,75 |

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 088 0808 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15 18 15 20 25
Parabéns! Até o dia 28/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Consumo | 10,00 | Imposto de Renda | 76,74 |
| Taxa de Uso | 30,58 | Imposto de Renda | 12,00 |
| Taxa de Uso | 1,01 | Imposto de Renda | 10,00 |
| Taxa de Uso | 4,57 | Imposto de Renda | 1,00 |
| Taxa de Uso | 20,19 | Imposto de Renda | 2,30 |

| INDICADORES DE CONTINGÊNCIA | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 0,00 | 12,30 21,17 1,01 2,00 14,40 2,54 |
| 0,00 | 0,00 0,00 |

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Nº Sinistro: **3180331843**

Vitima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Data do Acidente: **30/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

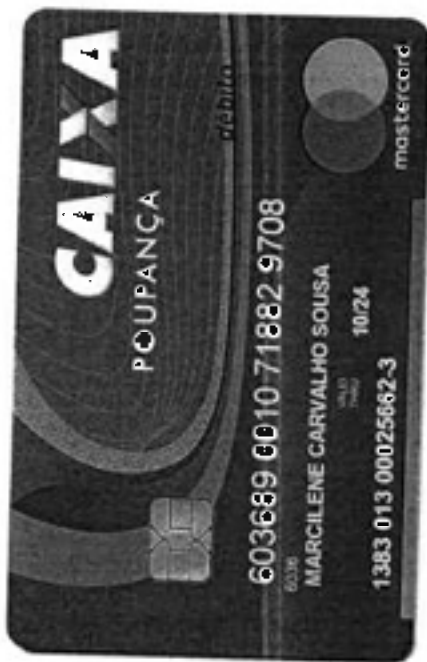
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180331843**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Nº Sinistro: **3180331843**

Vítima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Data do Acidente: **30/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180331843**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13131750



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000025662-3

Nr. da Autenticação 8130689D38E67A37

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 |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------------|-----------------------------|----------|------|----------------------------|---------------------------------------|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| PACIENTE | Nome do Paciente | Marcilene de Carvalho Sousa | | | | | | | | | |
| | Endereço Rua-Número-Bairro | RUA RETOVEDO FORTEZA | | | | | | | | | |
| | Município | OEIRAS | | | | | | | | | |
| | UF | PI | | | | | | | | | |
| CEP | 64.500-000 | Data do Nascimento | 12-09-85 | SEXO | Masculino | Feminino | CONDICAO | Segurado | Cônjuge | Filho | Outro Dep |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |


| | | | | | |
|---|--|--|--------------|------------------------|-------------------------|
| SEGURADO | Nome do Segurado | | | | |
| | PIS/PASEP Nº Individual | | | | |
| | Vínculo com a Previdência | Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Segurado | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 9 | CNPJ da Empresa | | | |
| CPF do Médico Solicitante | Proced. Solicitado | Cart. Int. | Data Emissão | CPF Médico Responsável | Ass. Médico Responsável |
| 004-EPF-523-7 | 01040229 | 01 | 31-05-18 | 138-146-78 | |
| 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 com hêmatoema no olho esquerdo, ferimentos cortos pontuais em face, diminuição de abertura de boca. | |

| |
|---------------------------------------|
| Condições que Justificam a Internação |
| Necessidade de tratamento cirúrgico |

| |
|--|
| Principais Resultados de Provas Diagnósticas |
| TC de Crânio |

| | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diagnóstico Inicial | Clinica | | | |
| Fraturas Complexas em Face | Cirúrgica | Obstétrica | Cl. Médica | |
| Procedimento Solicitado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| RED + FIC de Fraturas Complexas em Face | Fisioterapeuta | Psiquiátrica | Pediátrica | Outros |
| | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 9 |

| | | |
|---|-----|----------|
| Assinatura do Médico Solicitante (Exame Médico) | CRM | Data |
|  Marcilene de Carvalho Sousa CPF: 123.456.789-01 CNPJ: 06.553.564/0013-71 | | 31/05/18 |

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| O.E.: E220000001 | ESFERA: PÚBLICO | APRESENTAÇÃO: 07 / 2018 |
| Num.AIH: 221810150450-9 | Situação: EXPORTADA | Tipo: 01-INICIAL |
| Apresentação: 07/2018 | Data Autorização: 31 / 05 / 2018 | |
| Especialidade: 01 - CIRURGICO | Orgão Emissor: E220000001 | CRC: 035ACD400C |
| Doc autorizador: 705709454436030 | Doc med resp: 207284649980001 | Doc diretor clínico: 207284649980001 |
| Doc médico solíc: 980016296715671 | CNS: 7005097723324510 | Prontuário: 28595 |
| CNES: 2777762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO | Paciente: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA | Doc: 2488908 |
| Data Nasc.: 12 / 09 / 1985 | Sexo: FEMININO | Nacionalidade: 010 - BRASIL |
| Responsável pac.: JACHELINE DE CARVALHO SOUSA | Nome da Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA | Tipo Doc.: Identidade |
| Endereço: AVENIDA PETRONIO PORTELA 274 Bairro: Rapa/Cor: 99-SEM INFORMACAO | Etnia: 0000-NAO SE APLICA | Telefone: (89)9942-02182 |
| Município: 220700 - OEIRAS | UF: PI | CEP: 64500-000 |
| Procedimento solicitado: 04.04.02.051-8 - OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA | | |
| Procedimento principal: 04.04.02.051-8 - OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA | | |
| Diag. principal: S029-FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE, PARTE NAO ESPECIFICADA | | |
| Complementar: | | |
| Carater atendimento: 01 - ELETVO | | |
| Data internação: 31 / 05 / 2018 | Data saída: 22 / 06 / 2018 | Mot saída: 11 - ALTA CURADO |
| Liberação SISAIH01: | AIH Anterior: | AIH Posterior: |
| [Causas Externas (Acidente ou Violência)] | | |
| CNPJ do Empregador: - - - - - | CNAER: - | |
| Vínculo Previdência: | CBOR: - | |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Linha | Procedimento | Documento | CRQ | CNES/CNPJ | Apurar Valor pl | Qtd | Cmot | Descrição |
|-------|--------------|-----------------|-----------|-----------|-----------------|-----|---------|--|
| 1 | 0404020518 | 980016296715671 | 223268(1) | 2777762 | 2777762 | 1 | 05/2018 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA |
| 2 | 0404020518 | 207284649980001 | 225225(2) | 2777762 | 2777762 | 1 | 05/2018 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA |
| 3 | 0404020518 | 203833971 | 280008 | 225151(6) | 2777762 | 1 | 05/2018 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA |
| 4 | 0301010170 | 980016296715671 | 223268 | 2777762 | 2777762 | 22 | 05/2018 | CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERMADO |
| 5 | 02020380 | | | 2777762 | 2777762 | 1 | 05/2018 | HEMOGRAMA COMPLETO |
| 6 | 0202010317 | | | 2777762 | 2777762 | 1 | 05/2018 | DOSAGEM DE CREATININA |
| 7 | 0202010473 | | | 2777762 | 2777762 | 1 | 05/2018 | DOSAGEM DE GICOSE |
| 8 | 0202010643 | | | 2777762 | 2777762 | 1 | 05/2018 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- |
| 9 | 0202010651 | | | 2777762 | 2777762 | 1 | 05/2018 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- |
| 10 | 0802010016 | | | 2777762 | 2777762 | 22 | 06/2018 | DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM |
| 11 | 0602010199 | | | 2777762 | 2777762 | 18 | 05/2018 | DIARIA DE PERMANENCIA MAIOR |

CID SECUNDARIO

| Cid | Característica | Descrição |
|------|----------------|--|
| W199 | INEXISTENTE | QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO |

| 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. 12285, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

RELATORIO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, A PACIENTE, MARCILENE DE CARVALHO SOUSA, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 30/05/2018, APRESENTANDO, T.C.E, COM FRATURAS NA FACE e AFUNDAMENTO DO OSSO ZINGOMATICO e QUEIMADURA DE 2º GRAU NA PERNA DIREITA. FEITO ANALGESSICO, ANTIINFLAMATÓRIO, INTERNAÇÃO, CIRURGIA PARA FIXAR PLACAS NA FACE, EXAMES e FISIOTERAPIA.

FOI EXAMINADO POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIONAL DE 50% NO MEMBRO AFETADO OSSOS DA FACE e 40º NO (M.I.D) SEQUELADA.

OEIRAS, 21 DE AGOSTO DE 2018.



DR. NILSON CRONEMBERGER
CRM 00210130404



DR : NILSON CRONEMBERGER

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTONDO FREITAS,

OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000

CNPJ: 06553564001371

(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P033402

Registro: 5331

Data: 30/05/2018

Hora: 19:47:00

Funcionario: SILVA

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 117

SUS

MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

CPF: - RG: 2488908 - CARTAO DO SUS 700509772332450

Masc.: 12/09/1985 Idade: 32 ANOS, 8 MESES, 16 DIAS Profissional:

Civil:

CEP: 64500-000

End.: AV. PETRONIO POSTELA, 274 -

Bairro: OEIRAS NOVA

Cidade: OEIRAS/PI

Con: SEM Telefone: () -

Mae: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA

Pai: FRANCISCO XAVIER CARVALHO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6482 - FABRICIO PINHEIRO BEZERRA MELO

SUS: 700509772332450

Responsavel: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

30/05/2018 19:47 0301060118 ACOINHAMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

30/05/2018 19:53 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE CONDUZIDA PELO SAMU OEIRAS ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO MOTO X CAMINHAO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALEIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, EQUIMOSE EM OLHO ESQUEERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO. NAO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC). DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. PA: 128X107MMHG, GC: 151MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

30/05/2018 19:53:18

158811-KEDYA ALVES RIGO

CRANIO

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE CONDUZIDA PELO SAMU OEIRAS ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO MOTO X CAMINHAO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALEIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, BLEFAROHMATOMA ESQUEERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO. NAO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC). DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. PA: 128X107MMHG, GC: 151MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

DIAGNÓSTICO

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

TC DE CRANIO

PRESCRIÇÃO MEDICA

CEPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ.
C/ 2 ML

1 AMP ENDOVEN

OSA

(EV)

TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML
(TRAMAL)

1 AMP

ENDOVEN

OSA

(EV)

DILUIR 100ML SF
0.9%

CONDUTA MEDICA

Data: 30/05/2018 Hora: 20:30:12

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

Responsavel: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

6482 - FABRICIO PINHEIRO BEZERRA MELO



- RAIJO-X DIGITAL
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA

- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: Marcilene de Carvalho Sousa
Médico: Pablo Alencar

Número: 23797
Data Exame: 06/06/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seios maxilares: com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal para a direita.
- Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
- Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
- Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Desvio do septo nasal para a direita.
2. Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
3. Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
4. Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667





- RAIIO-X DIGITAL
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA

- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: *Marcilene de Carvalho Sousa*
Médico: *Fabricio Melo*

Número: 23679
Data Exame: 30/05/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes de 5 mm de espessura na região infratentorial e de 10 mm de espessura na região supratentorial, evidencia:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sulcos corticais preservados.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Cisternas encefálicas e pré-pontinas sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermis com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Seios paranasais visíveis normais.
- Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
- Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Tomografia computadorizada do encéfalo normal.
2. Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
3. Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

Leonardo Robert de Carvalho Braga
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



acoronamento 19:21

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| | | | |
|------------------|--|----------------|--|
| CHAMADO | AMBULÂNCIA ACIONADA: 02 | DATA: 30/05/18 | DIA DA SEMANA: Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input checked="" type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> |
| | LOCAL DA OCORRÊNCIA | | |
| | Endereço: Rua Lacerda da Silva nº Bairro: Quilashova Ponto de Referência: Delegacia | | |
| | DADOS DO PACIENTE | | |
| | NOME: Marcelina de Carvalho Sousa IDADE: 31 SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | | |
| DADOS DO CHAMADO | 1. SAÍDA DO PA: 19:22 | | |
| | 2. CHEGADA AO LOCAL: 19:26 | | |
| | 3. SAÍDA DO LOCAL: 19:35 | | |
| | 4. CHEGADA AO HOSPITAL: 19:37 | | |
| | 5. SAÍDA DO HOSPITAL: 20:02 | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------|---|
| O DE OCORRÊNCIA | D1- ACIDENTE DE TRÂNSITO | D7- ENVENENAMENTO | 13- URGÊNCIA OBSTÉTRICA <input checked="" type="checkbox"/> |
| | D2- AGRESSÃO FÍSICA-ESPANCAMENTO | D8- AFOGAMENTO | 14- TRANSFERÊNCIA |
| | D3- AGRESSÃO FÍSICA-FAF | D9- CHOQUE ELÉTRICO | 15- OUTROS |
| | D4- AGRESSÃO FÍSICA-FAB | D10- QUEDA | 17- JÁ REMOVIDO |
| | D5- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA | D11- URGÊNCIA CLÍNICA | 18- FALSO CHAMADO |
| | D6- TENTATIVA DE SUICÍDIO | D12- QUEIMADURA | |
| Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 1- Sim 2- Não 3- Ignorado | | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------------------|
| EXAME FÍSICO | GLASGOW: 15 | | | Local da lesão |
| | ABERTURA OCULAR | RESPOSTA VERBAL | RESPOSTA MOTORA | |
| | ESPONTÂNEA | ORIENTADO | OBEDECE A COMANDOS | |
| | 3- À VOZ | 4- CONFUSA | 5- LOCALIZA DOR | |
| | 2- À DOR | 3- PALAVRAS INAPROPRIADAS | 4- RETIRA O MEMBRO | |
| | 1- NENHUMA | 2- PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS | 3- DECORTICAÇÃO | |
| PUPILAS: 1- NORMAIS 2- CONTRAÍDAS 3- DILATADAS 4- DESIGUAIS | PULSO RADIAL: 1- CHEIO 2- FINO 3- AUSENTE | SINAIS VITAIS: P: 94 bpm R: rpm T: 36.5 °C PA: 120/80 mmHg Sat. O2: 98% FC: bpm | SANGRAMENTO: 1- AUSENTE 2- MÍNIMO 3- MODERADO 4- INTENSO | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| PROC. N.º | <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO | <input type="checkbox"/> KED | <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR 151 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> OXIGÊNIO | <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES | <input type="checkbox"/> OUTROS JSVV |
| DESTINO | <input type="checkbox"/> CURATIVOS | <input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR | |
| | <input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA | <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA | |
| 1- HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO | | | |
| | 2- OUTRO | | |
| CONDIÇÕES DE ENTRADA | | 1- ANTES DO SOCORRO | |
| 1- MELHORADO | | 2- ANTES DO TRANSPORTE | |
| 2- PIORADO | | 3- DURANTE O TRANSPORTE | |
| 3- INALTERADO | | 4- NÃO | |

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 JUL 2018
DPVAT

OBSERVAÇÕES: paciente consciente, orientada, vítima de acidente motociclistico moto x carro, apresentando machucado na cabeça e dor no local da queda apresentando olhos e guaxinim e com na região da cabeça

Responsável pela recepção

Socorristas
Enfermeira
AE/TE Rosa Maria Maia
Condutor Ribamar
Técnico de Enfermagem
COREN-PI 000000000



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



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Belo Marilys Figueira

Nome do Paciente: Montine de Carvalho Lins Dat. Nasc.: 1/1/
Clínica: _____ Alta: _____ Enf.: 1 Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de TCE (acidente motorciclístico)

TC = fratura frontal esquerda com desvio significativo para -
traseiro e deslocamento

Data: 30/05/18

Assinatura: _____

Dr. Fabrício M. A.
Médico
CRM-PI 6482

PARECER:

Paciente com fraturas na face. Solicito exames
de imagem, exames pré-operatórios e internação
para seguir com conduta cirúrgica.

Data: 31/05/18

Assinatura: _____

Dr. Paulo P. A. Almeida
Cirurgião Plástico
CRM-PI 2200
CPF: 000.000.000-00

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



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



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Dr. Marcelo Figueira

Nome do Paciente: Marlene de Carvalho Figueira Dat. Nasc.: 1/1/19
Clínica: _____ Ata: _____ Enf.: _____ Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de TCE (acidente automobilístico)
TC = Fratura frontal superior e um dos segmentos da -
tela do osso frontal superior

Data: 30/05/18

Assinatura: _____

Dr. Fabrício Almeida
Médico
CRM-P: 5482

PARECER:

Paciente com fraturas na face. Solicito exames
de imagem, exames pré-operatórios e Internação
para seguir com conduta cirúrgica.

Data: 31/05/18

Assinatura: _____

Dr. Danilo D. V. Almeida
Cirurgião Plástico
CRM-P: 2580
CPF: 097.523-75

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

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marceline de Carmo Gouveia

ALA: A ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 02/06/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|--|--|
| <u>to. 30 Higienização curativa em mb.</u> <u>estabilizado 1st 0,9% 100ml, soro, soro,</u> <u>lar e repassado.</u> | |  Priscilla de Moura Martins ENFERMEIRA COREN/PI 041551 |
| | | |
| M A N H A | <input type="checkbox"/> 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | <input type="checkbox"/> 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | <input type="checkbox"/> 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO |
| <input type="checkbox"/> 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |


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

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| N O I T E | <input type="checkbox"/> 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input type="checkbox"/> 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO |
| <input type="checkbox"/> 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 12/06/18

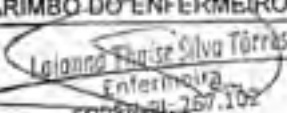
| M A N H A | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|--|---|---|
| | 08:25 - Realizado curativo em W.D. com presença de espasmo local. Utilizado S.F.C. 9/ gases. Kolagenax, espata draps e catadura. | |  |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 | | |

| 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 |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Soares
ALA: 3 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 11/06/18

| M A N H A | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|---|--|---|
| | 0450h - Realizado curativo em MED. Umbigo, SF 0,9%, sulfado para de mata, gaze, atadura comparado e libria de procedimento | |  Lailana Thaise Silva Torres Enfermeira COREN-PI: 267.102 |
| | 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 | |

| 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 ALVIO | |
| | 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 ALVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 10/06/2018

| M A N H A | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|--|---|--|
| | Realizado curativo em ferimento por queimadura (2º grau) em abd. Utilizado SF 0,9, gaze de curativo e soro fisiológico 0,9%. | |  Lacineia Maria da Silva Enfermeira COREN - PI 014.010 |
| | <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |

| T A R D E | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 ALVIO | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 08/06/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|--|--|
| M A N H Ã | Realizar curativos em perna da perna que recebeu a onda (E) utilizando 05 FAS, gaze e solução de procto, atadura e compressão. |  Enfermeiro Marcilene de Carvalho Sousa COREN - PI: 011.010 |
| | 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 | |

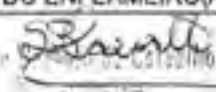
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|---|--------------------------|
| T A R D E | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | 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 | | |
| 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Lima

ALA: B ENFERMARIA: Isolamento LEITO: DATA: 4/6/2018

| M A N H Ã | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|---|---|---|
| | <u>0300 Realizado curativo em 1º grau</u> <u>rodadura do II grau em 1º grau</u> <u>utilizado 5% Iodine, gaze, sulfadiazol</u> <u>na 1ª porta estoma e escuridões</u> | |  COREN-PI 211.609 |
| | <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |

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

| N O I T E | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> | | |

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Data: 19/06/18 Horário: 18:40 Clínica de Internação: Médica

1. Nome do Paciente: Marcilene de Carvalho Enf./Leito: 02/03

Sexo: () M (X) F Peso: 145 Kg Altura: 1.51

2. Estado Civil: () solteiro (X) casado () viúvo () separado () Não se aplica

3. Nível de escolaridade completo: () Analfabeto () Ensino Fundamental Menor
() Ensino Fundamental Maior (X) Ensino Médio
() Ensino Superior () Não se aplica

4. Diagnóstico cirúrgico: Fratura em ossos de perna

5. Cirurgia Proposta: _____ Data da cirurgia prevista: 13/06/18

6. Potencial de contaminação da cirurgia atual:

(X) limpa () potencialmente contaminada () contaminada () infectada

7. Provável anestesia do procedimento cirúrgico atual:

() Geral () Peridural () Raquidiana () Local () Bloqueio de plexo

8. Cirurgia Anterior: () Sim (X) Não

Qual(is): _____

9. Apresentou algum problema? () Sim (X) Não

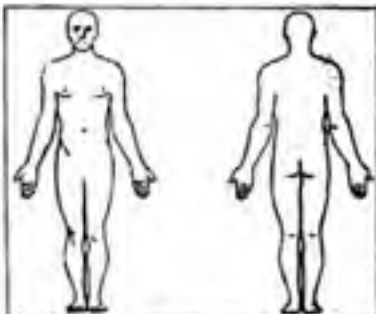
Especifique: _____

10. Uso de medicação contínua: () Sim () Não

Qual(is): Tapazol 10mg - Hipertensão

* Ibal de 40mg - Não está em uso

Demarque a área a ser operada, com um "X"



| SSVV | |
|-----------|--|
| PA (mmhg) | |
| T (°C) | |
| R | |
| P | |

11. Exames realizados e resultados:

Eletrocardiograma - ECG e Risco Cirúrgico (X) Sim () Não

Raio X () Sim (X) Não

"É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática".

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM (2013)

ALA: A ENFERMARIA: BT LEITO: 03 DATA: 18/06/18

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|------------------------------|--|
| 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 |
| | | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho SantosALA: B ENFERMARIA: QT LEITO: 01 DATA: 17/06/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|--|--|---|
| <p>0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO</p> <p>0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO</p> <p>0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA</p> <p>0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS</p> <p>0309010101 SONDAGEM ENTERAL</p> <p>0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA</p> <p>0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO</p> <p>0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA</p> <p>0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO</p> <p>0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO</p> <p>0202010473 GLICEMIA CAPILAR</p> | | | <p>Lourival Gomes da Silva Jr.</p> <p>ENFERMEIRO</p> <p>CONSELHO REG. 364</p> |

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

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

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcos de Carvalho Junior

ALA: 6 ENFERMARIA: 03 LEITO: 07 DATA: 22/06/11

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|---|--------------------------|
| <u>11/06/2011 Paciente curativo em AC (D) - Urológico</u> <u>com curativo a 01/2 + gesso + Sulfadiazol + 100g</u> <u>2.000g + 2.000g + 2.000g + 2.000g + 2.000g</u> <u>2.000g + 2.000g + 2.000g + 2.000g + 2.000g</u> | | |
| M | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| A | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| N | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| H | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| Ã | 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 | |

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--|--------------------------|
| 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 ALVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | | |
| 0202010473 | GLICÊMIA 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 ALVIO | |
| | | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | | |
| | 0202010473 | GLICÊMIA CAPILAR | | |



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



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Quirino Azeite

Nome do Paciente: Womane de Carlos Faria Dat. Nasc.: 1/1

Clínica: _____ Ata: _____ Enf.: _____ Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Prontidão de 32 anos com uso de MIO
com dor de cabeça, após queda de
sua motocicleta

Solicitado avaliação cirúrgica para

Data: 22/10/2018

Assinatura: _____

PARECER:

238 anos, feminino
- Ocorrência externa em MIO com
20 (vinte) dias de evolução, sem sinais de infecção
- Hábito alimentar regular e frequência de 30 dias
- Ausência de sintomas de dor, febre, náusea, vômito
- Condicionamento físico regular
- História de doenças crônicas
- Tratamento atualizado
- Avaliação de risco de infecção
- Avaliação de risco de infecção

Data: 22/10/2018

Assinatura: _____

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcos da Carvalho Sousa

ALA: 0 ENFERMARIA: 02 LEITO: 06 DATA: 21/06/18

| M A N H Ã | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|---|--|---|
| | <u>Realizado curativo em MIB, aspiração do flego de secreção. Utilizado spray, curativo, algodão e esparadrapo, Kdang, gaze e RGE</u> | |  |
| | 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 | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

ALA: BENFERMARIA: 02LEITO: 03DATA: 16/11/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|---|---|
| M A N H Ã | Realização anatómico em M.D. de ligação S. 2.071, sires, atenuada, aproximando + AGE, realizado com S. 2.071 + gases e suture de com sutura |  |
| | 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 | | |
| 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | | |
| 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | | |
| 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | | |
| 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | | |
| 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carmo Gouveia

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 03/06/18


| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|--|--|
| <u>09:40 Realizado curativo em M.D. limando com pano de moiré 20x20 cm de SF 0.9%, gaze, Kollagenad, Ag, Curum e Sulfadiazap</u> | | Francielle de Moura Martins ENFERMEIRA COREN-PI 061511 |
| | | |
| M A N H A | <input type="checkbox"/> 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALMO |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | <input type="checkbox"/> 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | <input type="checkbox"/> 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO |
| <input type="checkbox"/> 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |

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

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| N O I T E | <input type="checkbox"/> 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input type="checkbox"/> 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| <input type="checkbox"/> 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALMO | |
| <input type="checkbox"/> 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene da Conceição SousaALA: A ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 06/06/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|--|-------------------------------|---|
| M A N H Ã | <u>Realizado curativo grau I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO, utiliz</u> | |  |
| | <u>gelo e F. Q. 100, 600, 1000, 1000 e 1000</u> | | |
| | <u>Medicação - - - - -</u> | | |
| | <u>Observação - - - - -</u> | | |
| | | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | |

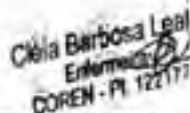
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|------------|-------------------------------|--|
| T A R D E | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | | 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 |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de C. Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 08/06/18

| M A N H Ã | | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|---|--|--|
| | | 3000 Sialvadado curativo em MIB, Utili- zando 950 97 neomomicina, gases e atadura e compressão |  Célia Barbosa Leal Enfermeira COREN - PI 122177 |
| | | | |
| | | 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 ALVIO | |
| | | 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 ALVIO | |
| | | 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 ALVIO | |
| | | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |

















UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ANTONIO FREITAS,
OLIVEIRA NOVA, OLIVEIRA/PI - 64500-000
CNPJ: 06353561/01/01
(89) 3162-1213

Ficha de Atendimento (Pronio Atendimento)
Atendimento: 000002
Data: 30/01/2018
Paciente: 61000
Senha: 117
Registro: 0036
Hora: 18:47:00
Tipo: 0000000000
Sexo: FEMININO
SUS

MARCELENE DE CARVALHO SOUSA
Nasc: 12/07/1988 - Sexo: F - Mães: 18 DIAS
Profissão: Civil - CPF: 64500-000
End. Av. ESTRELA DO NORTE, 216 - Bairro: OLIVEIRA NOVA - Cidade: OLIVEIRA/PI
Cont. Cel: - Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA - Pai: FRANCISCO XAVIER CARVALHO DE SOUSA
Clínica: CLÍNICA MÉDICA DOCUMENTOS: 6450 - ABRILIO PINHEIRO OLIVEIRA MELO - SUS: 700509772532450
Responsável: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA - O MESMO - Temp: 00m - Peso: 60kg - P.A.: 0

Procedimentos

30/05/2018 19:47:11 HAD 18 ACOIAMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
30/05/2018 19:53 0301010072 CONSULTA MÉDICA EM AVALIAÇÃO DE RISCO

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE CONDUZIDA PELA SAMU OLIVEIRA ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISÃO MOTO X CARRETIÃO, CONSCIENTE, ORIENTADA, PACIENTE EM PRANCHA RÍGIDA, COLAR CERVICAL, REPERTEO CEFÁLEA, DORRÊNCIA EM FACE ESQUERDA, QUELUSO NO OLHO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MEE, CORTE EM COURO CARCERADO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC), DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 128X107MMHG, GL: 15L/MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
30/05/2018 19:53:15

158111 ALBERTA ALVES REGO
DANÃO

DIAGNÓSTICO

CLIENTE CONDUZIDA PELA SAMU OLIVEIRA ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISÃO MOTO X CARRETIÃO, CONSCIENTE, ORIENTADA, PACIENTE EM PRANCHA RÍGIDA, COLAR CERVICAL, REPERTEO CEFÁLEA, DORRÊNCIA EM FACE ESQUERDA, QUELUSO NO OLHO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MEE, CORTE EM COURO CARCERADO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC), DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 128X107MMHG, GL: 15L/MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

DIAGNÓSTICO

CID
S94.9

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIPLOMA 500 MG/ML SOL. INJ.
C/ 2 ML

1XMD 500MG/ML
C/ 2 ML

CLARITRATO 100 MG/ML
(TRAMAT)

1XMD 500MG/ML
C/ 2 ML

DITRAT 100ML SP
C/ 2 ML

CONDUTA MÉDICA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JUL 2018

DPVAT

30/05/2018 19:53:15

At do Dr. Alexandre de F. ...
At do Dr. ...

At do Dr. ...

At do Dr. ...

At do Dr. ...

Responsável: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

6402 ABRILIO PINHEIRO OLIVEIRA MELO

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Maria Gellene de Carvalho S. F. S. S. S.

ALIA: 14/04 ENFERMARA: LEITO: DATA: 30/09/2018

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|--|
| M A N H A | 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 |
| | | 0300010101 | SONDAÇÃO ENTERAL |
| | | 0301100179 | SONDAÇÃO GÁSTRICA |
| | | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | 0202010473 | GLUCEMIA CAPILAR | |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|------------|--|---|
| T A R D E | | | <div>PJ CORRETO DE SEGURO</div> <div>19 JUL 201</div> <div>DPVA</div> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | 0300010101 | SONDAÇÃO ENTERAL | |
| | 0301100179 | SONDAÇÃO GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | 0202010473 | GLUCEMIA CAPILAR | |

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---|------------|---|
| 20:00 Realizado curativo com soro fisiológico 9% gástrico, atado com fio de algodão e curativo com soro fisiológico. Paciente em boas condições. Não há sinais de infecção. | | Unidade de Pronto Atendimento TEC. ENFERMAGEM 1.000.000.000.000 |
| 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 |
| | 0300010101 | SONDAÇÃO ENTERAL |
| | 0301100179 | SONDAÇÃO GÁSTRICA |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 31/08/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|------------|---|
| <u>as 11h realizado curativo em local, em M.E. e M.D. úlcera SFO, 9x, peristômio, gases livres, deprocedimento, deparacitose e ataduras.</u> | | Maria Silvana de S. Sobrinho CREA-PI 12174JE |
| | | |
| M A N H 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 |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301100170 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO |
| | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|------------|--|
| <u>as</u> | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 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 |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301100170 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | 0300010071 | 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 |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301100170 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |



- RAY-X DIGITAL
- TOMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELECTROENCEFALOGRAFIA

- TOMOGRAFIA HELICO DAL LEM E 3D ARQUIVADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEFROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: **Mercilene do Carmo Sousa**
Médico: **Fabrizio Melo**

Número: **29579**
Data Exame: **30/05/2019**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes de 5 mm de espessura na região infratentorial e de 10 mm de espessura na região supratentorial, evidenciou:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sulcos corticais preservados.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Sistemas encefálicos e pré-ortinas sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermes com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Seios paranasais visíveis normais.
- Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
- Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Tomografia computadorizada do encéfalo normal.
2. Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
3. Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2019

OPVAT

Leonardo Robert de Carvalho Rêgo
CRM 1567



SERVIÇO DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO

- RADIOLOGIA
- MAMMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAFIA

- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: Mariana de Carvalho Sousa
Médico: Pablo Afencar

Número: 2379/
Data Exame: 06/06/2010

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

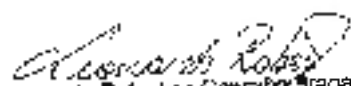
RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para parâmetros de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seios maxilares: com anatomia e relevos mucosos preservados
- Complexos ostiomaxilares permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado
- Desvio do septo nasal para a direita.
- Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
- Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
- Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Desvio do septo nasal para a direita.
2. Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
3. Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
4. Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.


Leoncio Roberto de Carvalho Braga
CRM 1667

HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 500 - Oeiras-PI - Fone: (29) 3462-1213

CEP 64.500-000

CNPJ 06.553.584/0013-71

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 06.553.584/0013-71

Paciente:

Marcilene de Carvalho Silva

N.º AIH

Procedimento Anterior:

Procedimento Solicitado

Médico Solicitante:

CRM:

CPF:

JUSTIFICATIVA:

DATA 25/06/2023

Assinatura do Médico Solicitante
CRM e CPF

AUDITOR:

DATA


/ /

Assinatura do Médico Solicitante
CRM e CPF

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

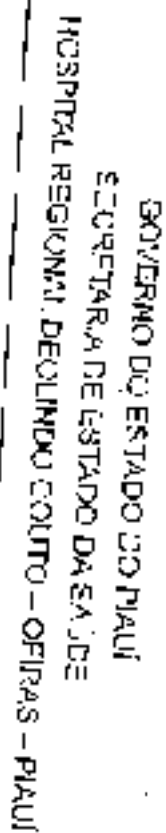
NOME DO PACIENTE: Marcilene de Paula Sousa

ALA: 2 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 07/06/1999

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---|---|--|
| 08:30 Realizados curativos em queimadura de 1º grau em 10 dedos | |  Sanyta Barbosa de Carvalho Enfermeira COREN-PI 21.199 |
| 02 Utilizado SF 0,9% gases até cura de lesão de queimadura | | |
| <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| <input type="checkbox"/> | 0300010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| <input type="checkbox"/> | 0300010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0300010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> | 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 | |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0300010071 | 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 | |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Date: 30, 31 12/2018

[illegible]

Hospital Regional de Jijón - Ecuador

(39) 7462-3960 - CEP: 64.500-400

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



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



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Dr. Fabiano Figueira

Nome do Paciente: Montini de Carvalho Siqueira Dat. Nas.: 12/01/1988
Clínica: --- At.: --- Enf.: --- Leito: ---

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de TCE (acidente motorizado com)
TCE - fratura proximal da humerus e em arco zigomático superior
e de descolamento da articulação

Data: 30/05/18

Assinatura: Dr. Fabiano Figueira
Médico
CRM-Pi - 8487

PARECER:

Paciente com fraturas na face. Solicito exames
de imagem, exames pré-operatórios e internação
para seguir com conduta cirúrgica.

Data: 31/05/18

Assinatura: Dr. Fabiano Figueira
Médico
CRM-Pi - 8487

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTAÇÕES DE INTERMATH

Date: 06/15/

Paciente: Almeida da Cunha, Leio 02 05 10 12.09.85

[illegible]

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de C. Sousa

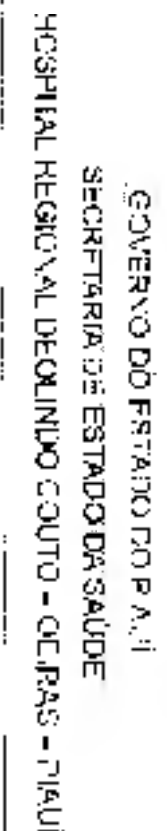
A.A. B

ENFERMARIA: 02

LEITO: 03

DATA: 05/08/12

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|-------------|--|---|
| 10:15h. Realizada curativo em M.O. Ute- linda SF 0,91 gora, atadura, 106g, re- mova e dependentes. | | | Eda. Natalyly Rodrigues CRM-01461013 |
| X | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0301010071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | 0301010063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 03010100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301010047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | 0301010055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |



Date: 02/06/18

1209, 85

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

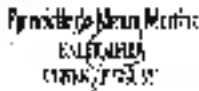
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|---|-------------------------|
| <p>05/11/2016 08:35-5 C</p> <p>08:30 Gaíto de curativo 1/3. Tem 36,5° e não apresenta febre. 10mm.</p> <p>08:45 Gáudio de curativo 1/3. 36,5° e não apresenta febre.</p> <p>09:20 PC 440x80 mmHg, 80x2, 35-8° e apresenta limite na cor em todas as partes. No Sânger sem quebras no Sânger. 140x2 de 129051. Corte 129051.</p> | |

Hospital Regional Desastres/Crisis—El RÍO, C. 100, Av. Ant. Barrios, S.W., Centro—
(99) 3462-3169—COP 64, 981000—C. 100—PR
C.N.P.I. 06-551534/0013-71

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marceline de Carmalho Gonsa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 02 DATA: 02/06/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|---|---|
| <u>03:30 Realizado curativo em mb.</u> <u>utilizado SF 0,9%, gaze, atadura,</u> <u>luvas e aparador.</u> | |  Priscilla Maria Mendes ENFERMEIRA CRM: 17.532 |
| | | |
| M A N H A | <input type="checkbox"/> 0401C10023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 0401C10015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | | |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|--|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| T A R D E | <input type="checkbox"/> 0401D10023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0401D10015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | | |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|--|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| N O I T E | <input type="checkbox"/> 0401C10023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0401C10015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |



HOSPITAL REGIONAL DE CANELAS
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h

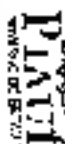


PREScrição Médica 09

NOME DO PACIENTE: Monelle de Carvalho Souza ENFERMIA: 02 LEITO: 03 N° PRONTUÁRIO: _____
DATA DE NASCIMENTO: 21/09/85

| DATA | PREScrição MÉDICA | HORÁRIO | OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS |
|-------|--------------------|---------|--------------------------------|
| 12/09 | Atendimento em UPA | | |
| 13/09 | Atendimento em UPA | | |
| 14/09 | Atendimento em UPA | | |
| 15/09 | Atendimento em UPA | | |
| 16/09 | Atendimento em UPA | | |
| 17/09 | Atendimento em UPA | | |
| 18/09 | Atendimento em UPA | | |
| 19/09 | Atendimento em UPA | | |
| 20/09 | Atendimento em UPA | | |
| 21/09 | Atendimento em UPA | | |
| 22/09 | Atendimento em UPA | | |
| 23/09 | Atendimento em UPA | | |
| 24/09 | Atendimento em UPA | | |
| 25/09 | Atendimento em UPA | | |
| 26/09 | Atendimento em UPA | | |
| 27/09 | Atendimento em UPA | | |
| 28/09 | Atendimento em UPA | | |
| 29/09 | Atendimento em UPA | | |
| 30/09 | Atendimento em UPA | | |
| 01/10 | Atendimento em UPA | | |
| 02/10 | Atendimento em UPA | | |
| 03/10 | Atendimento em UPA | | |
| 04/10 | Atendimento em UPA | | |
| 05/10 | Atendimento em UPA | | |
| 06/10 | Atendimento em UPA | | |
| 07/10 | Atendimento em UPA | | |
| 08/10 | Atendimento em UPA | | |
| 09/10 | Atendimento em UPA | | |
| 10/10 | Atendimento em UPA | | |
| 11/10 | Atendimento em UPA | | |
| 12/10 | Atendimento em UPA | | |
| 13/10 | Atendimento em UPA | | |
| 14/10 | Atendimento em UPA | | |
| 15/10 | Atendimento em UPA | | |
| 16/10 | Atendimento em UPA | | |
| 17/10 | Atendimento em UPA | | |
| 18/10 | Atendimento em UPA | | |
| 19/10 | Atendimento em UPA | | |
| 20/10 | Atendimento em UPA | | |
| 21/10 | Atendimento em UPA | | |
| 22/10 | Atendimento em UPA | | |
| 23/10 | Atendimento em UPA | | |
| 24/10 | Atendimento em UPA | | |
| 25/10 | Atendimento em UPA | | |
| 26/10 | Atendimento em UPA | | |
| 27/10 | Atendimento em UPA | | |
| 28/10 | Atendimento em UPA | | |
| 29/10 | Atendimento em UPA | | |
| 30/10 | Atendimento em UPA | | |
| 31/10 | Atendimento em UPA | | |
| 01/11 | Atendimento em UPA | | |
| 02/11 | Atendimento em UPA | | |
| 03/11 | Atendimento em UPA | | |
| 04/11 | Atendimento em UPA | | |
| 05/11 | Atendimento em UPA | | |
| 06/11 | Atendimento em UPA | | |
| 07/11 | Atendimento em UPA | | |
| 08/11 | Atendimento em UPA | | |
| 09/11 | Atendimento em UPA | | |
| 10/11 | Atendimento em UPA | | |
| 11/11 | Atendimento em UPA | | |
| 12/11 | Atendimento em UPA | | |
| 13/11 | Atendimento em UPA | | |
| 14/11 | Atendimento em UPA | | |
| 15/11 | Atendimento em UPA | | |
| 16/11 | Atendimento em UPA | | |
| 17/11 | Atendimento em UPA | | |
| 18/11 | Atendimento em UPA | | |
| 19/11 | Atendimento em UPA | | |
| 20/11 | Atendimento em UPA | | |
| 21/11 | Atendimento em UPA | | |
| 22/11 | Atendimento em UPA | | |
| 23/11 | Atendimento em UPA | | |
| 24/11 | Atendimento em UPA | | |
| 25/11 | Atendimento em UPA | | |
| 26/11 | Atendimento em UPA | | |
| 27/11 | Atendimento em UPA | | |
| 28/11 | Atendimento em UPA | | |
| 29/11 | Atendimento em UPA | | |
| 30/11 | Atendimento em UPA | | |
| 01/12 | Atendimento em UPA | | |
| 02/12 | Atendimento em UPA | | |
| 03/12 | Atendimento em UPA | | |
| 04/12 | Atendimento em UPA | | |
| 05/12 | Atendimento em UPA | | |
| 06/12 | Atendimento em UPA | | |
| 07/12 | Atendimento em UPA | | |
| 08/12 | Atendimento em UPA | | |
| 09/12 | Atendimento em UPA | | |
| 10/12 | Atendimento em UPA | | |
| 11/12 | Atendimento em UPA | | |
| 12/12 | Atendimento em UPA | | |
| 13/12 | Atendimento em UPA | | |
| 14/12 | Atendimento em UPA | | |
| 15/12 | Atendimento em UPA | | |
| 16/12 | Atendimento em UPA | | |
| 17/12 | Atendimento em UPA | | |
| 18/12 | Atendimento em UPA | | |
| 19/12 | Atendimento em UPA | | |
| 20/12 | Atendimento em UPA | | |
| 21/12 | Atendimento em UPA | | |
| 22/12 | Atendimento em UPA | | |
| 23/12 | Atendimento em UPA | | |
| 24/12 | Atendimento em UPA | | |
| 25/12 | Atendimento em UPA | | |
| 26/12 | Atendimento em UPA | | |
| 27/12 | Atendimento em UPA | | |
| 28/12 | Atendimento em UPA | | |
| 29/12 | Atendimento em UPA | | |
| 30/12 | Atendimento em UPA | | |
| 31/12 | Atendimento em UPA | | |

Dr. [Assinatura]
RUBRICADO (Assinatura)
CRM: 006.19.583-70



HPDC

59

Date: 12-06-8

Leito

07 $\zeta(\gamma)$

PM: 12:09:25

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOIAQUES DE ENTENSO

$P_{\text{H}_2\text{O}} = \text{seque. eq. and and } P_{\text{H}_2\text{O}} = 365^\circ\text{C}$
 $P_{\text{H}_2\text{O}} = 365^\circ\text{C}$

807541 77 NOV 201

1. Prepare standard methyl methacrylate
2. Prepare butyl acrylate standard solution
PA = 3506 cm⁻¹ Tm = 36.7°C
O'Brien - M 50128

7. *Microbiology*
 ISBN - 91 557 2258

Hispanic Regional Bookstore, Inc.—H.R.B.I., Attn: Ruth Barbours, 545, Oxnard Highway, Suite 207A, Fort Myers, FL 33901.


(89) 1462-3939-(15)-64-5067-000-(15) 1462-3939-(15)

CMTEL06553514/0013.71

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: marcelene de Carvalho Sousa

ALA: 02 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 30/08/13

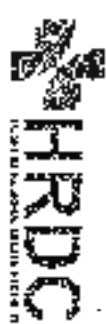
| M A N H Ã | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------|---|--|---|
| | 08:25 Realizado curativo em MD com presença de espáculo local. Utilizado SF ₆ 97 gases, Kelagelax, espáculo drapo e batadura | |  |
| | X 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 0301100178 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| T A R D E | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |
| | | | |

| T A R D E | 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 | |
| | 0301100178 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| N O I T E | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| N O I T E | 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 | |
| | 0301100178 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| N O I T E | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CECILINO COSTA - OBRAS - PIAUÍ



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 10/06/2018

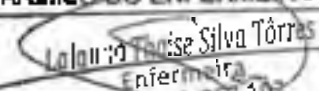
| | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------|----|-----|----------------|
| Paciente: | Marcos de Carvalho Sousa | Idade: | 03 | DN: | 12 / 09 / 1985 |
|-----------|--------------------------|--------|----|-----|----------------|

[illegible]

Hospital Regional Electricity Center - F.R.D.E. - Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(35) 2-462.3969 - CEP: 41.300-000 - Osasco - SP
C.N.P.J. 06.553.556/0413-71

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Soares
ALA: 02 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 11/06/18

| M A N U A L | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-------------|---|--|
| | 0450h - Realizado curativo em mão direita, SF 0,9%, sulfada para limpeza, gases, cateter deparacetamol e fixação de procedimento |  Leila da Conceição Silva Torres Enfermeira COREN-PI 267.102 |
| | 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 | |
| T A B E L A | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| T A B E L A | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-------------|---|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| T A B E L 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 ALVIO | |
| | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| T A B E L A | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| T A B E L A | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-------------|---|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| T A B E L 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 ALVIO | |
| | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | | |
| | | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 05 DATA: 15/06/2018

| M A N H Ã | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|--|---|--------------------------|
| | | Realizado curativo em ferimento por queimadura (2º grau) em membro superior direito, com utilização de SF 0,9% gel, aplicação de pomada e gaze. | |
| | <input type="checkbox"/> 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALMO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |

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

| N O I T E | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | <input type="checkbox"/> 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALMO | |

RELATORIO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, A PACIENTE, MARCILENE DE CARVALHO SOUSA, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 30/05/2018, APRESENTANDO, T.E.F. COM FRATURAS NA FACE e ATRINDAVIMENTO DO OSSO ZINGOMATICO e QUEIMADURA DE 2º GRAU NA PERNA DIREITA. FEITO ANALGESSICO, ANTIINFLAMATÓRIO, INTERNAÇÃO, CIRURGIA PARA FIXAR PLACAS NA FACE, EXAMES e FISIOTERAPIA

FUI EXAMINADO POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIÓNAL DE 50% NO MEMBRO AFETADO OSSOS DA FACE e 40% NO (M.I.D) SQUELADA.

OELRAS, 21 DE AGOSTO DE 2018.



Dr. Wilson Cronemberger
CRM 121.201-2

DR : WILSON CRONEMBERGER





Serviço de Imagem e Diagnóstico

- RA DEX DIGITAL
- MAMMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA

- TOMOGRAFIA HELICO DAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEURORADIOLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: **Marcilene de Carvalho Sousa**
Médico: **Pablo Afencar**

Número: **23797**
Data Exame: **06/09/2018**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seios maxilares: com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal para a direita.
- Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
- Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
- Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Desvio do septo nasal para a direita.
2. Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
3. Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
4. Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.



Leonardo Roberto de Carvalho Braga
CRM 1367

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: VÍDUO EPIAUER
 Identidade: RG - 2.488.908 - SSP - RJ
 CPF: 042.401.803-92
 Profissão: TCC - SAÚDE BUCAL
 Endereço: RUA - 07 DE SETEMBRO - N° 61 - Bairro Ropiro
 CEP: 64.500-000 - DEIRAP - PI
 Telefone: (99) 99420-2182

OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SETEIRO
 Identidade: RG 3.364.096 - SSP - PI
 CPF: 046.400.203-42
 Profissão: ESTUDANTE
 Endereço: AV. DOM. EXPEDITO 199 - 241 - JUREMUNHA
 CEP: 64.500-000
 Telefone: (99) 99408-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confiro poderes especiais para representar me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou receber quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perito médica e solicitar resgates, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento do mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

ORIGINAL

PROCURADOR DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

DEIRAP, 11 DE JULHO DE 2018

Local e data

MARCELENE DE CARVALHO SOUSA
 Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeira)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
 Rua Vitorino Guimarães, 185 - Centro - Deirap - PI - (0669) 3462 1201 / 9401 0316
 e-mail: 4to.tabelionato@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARCELENE DE CARVALHO SOUSA. DT: 11/07/2018. FF. 01. TEX. 01. DA VERDADE. DEIRAP-PI, 11/07/2018. Encl.: 03,72. TCO: 74. Selo: 0,24. Total: 4,71. Selo: 110.57250 (F60P37).

RANIERE MARTINS SILVA
 ELTONNE MOURIZ DE SA E SILVA ESBOÇANTE CONFISSADA

☐ para nome e assinatura. ☐ para nome e assinatura. ☐ para nome e assinatura. ☐ para nome e assinatura.

... OBRIGADO A TODAS AS PARTES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN Nº 012825404294
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1066 0028 4537 0468 4636 1020 0325 0432 2992 3101 4710

1 00851036829

NOME
MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

04240180392

PLACA ANT/UF
DLW-6647

ESPECIE TIPO
CAR/MOTOCICLO/PIRUA

DATA/MODELO
HONDA 06.150 J03

CAP/POT/CL
01P/0149CC

IPV
1

PREMIO TARIFARIO
SEGURO

SEM RESERVOIR

02143

13/01/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PI Nº 012825404294 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04240180392 DLW-6647 2018

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA DO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1004

04240180392

PLACA ANT/UF
DLW-6647

ESPECIE TIPO
CAR/MOTOCICLO/PIRUA

DATA/MODELO
HONDA 06.150 J03

CAP/POT/CL
01P/0149CC

IPV
1

PREMIO TARIFARIO
SEGURO

SEM RESERVOIR

02143

13/01/2018

SEGURO LIDER - DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 JUL 2018
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM TRAUMA DE FACE(FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO)
QUEIMADURA DE 2º GRAU MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA FRONTAL E DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM TRAUMA DE FACE(FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO)
QUEIMADURA DE 2º GRAU MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417131

Cidade: Oeiras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

Data do acidente: 30/05/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR, DO ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAL, E FRATURA AO NÍVEL DO TETO DA ÓRBITA, E LESÃO NO JOELHO DIREITO COM PERDA DE PARTES MOLES E PELE.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO E LEVE CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: FEZ TRATAMENTO COM 24 DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM MINI PLACAS E PARAFUSOS, COM RAFIA DA LESÃO NO JOELHO DIREITO, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO. APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ EXTENSA COM 10,0 CM POR 10,0 CM NO SEUS MAIORES DIÂMETROS, COM PLÁSTICA VICIOSA E COM PERDA DE PARTES MOLES NA REGIÃO LATERAL DO JOELHO DIREITO, QUE PREJUDICA OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau leve - 25 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 37,5 % | R\$ 5.062,50 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR, DO ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAL, E FRATURA AO NÍVEL DO TETO DA ÓRBITA, E LESÃO NO JOELHO DIREITO COM PERDA DE PARTES MOLES E PELE.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO E LEVE CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: FEZ TRATAMENTO COM 24 DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM MINI PLACAS E PARAFUSOS, COM RAFIA DA LESÃO NO JOELHO DIREITO, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.
APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ EXTENSA COM 10,0 CM POR 10,0 CM NO SEUS MAIORES DIÂMETROS, COM PLÁSTICA VICIOSA E COM PERDA DE PARTES MOLES NA REGIÃO LATERAL DO JOELHO DIREITO, QUE PREJUDICA OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau leve - 25 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 37,5 % | R\$ 5.062,50 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Para mais informações, acesse o site <http://www.seguredadadados.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0021204 ou 0800 0021206.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de indicação de sinistro, conforme estabelecido a Circular Normativa 45/10, disponível no endereço eletrônico:

<http://www.leg.gov.br/bibliotecas/web/DOCOORIGINAL.aspx?TPD=1&CODIGO=20135>

Art. 10º - A Circular SUSEP nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado securador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e do laço de made mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

4. recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da contribuição. No caso DPV-3, concluído, por determinação da referida legislação, este recusa é omissivo de comunicação ao COAF;

¹ Segundo o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), órgão regulador e pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros privados no Brasil, a cobertura é de 99,99%.

¹ Conselho de Contas e de Movimentos Financeiros (CCMF), órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade analisar, explicar, periciar e administrar, e avaliar e examinar e idar as movimentações patrimoniais e orçamentárias das entidades previstas na Lei nº 61.320/01.

- Foto Exposita em RANIERE MARINHA SILVA Inscrição (a) no CPF/CPM 046-440-283 / 42
 - Nome do Estado do Procurador (a) / Internado (a) de Identificação Mariane de Carvalho Sousa
 - Inscrição no ITR sob o Nº 046-440-283 / 42 do sinistro de DVAZ cobertura INVA/DOZ da vítima
MARCELENE DE CARVALHO SOUSA inscrita no CPF sob o Nº 042-401-803 / 32 conforme
 determinação da CTR nº 5089-24/12

Y por los presentes ESTUEN todos: Gracia Refinada e presentes los documentos como se obran

References

Tratando ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto a Seguradora Líder-DPVV, enviar no endereço das
anexando cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a validade da presente declaração será suspensa pelo prazo do art. 219 do Código Penal.

| | | | | | |
|--------|---------------------------|----------------------------|--------------|-------------|------------|
| Evento | Asi Dom. Exposito 10/9/97 | Numero | 241 | Complemento | -- / -- |
| Relato | PREMIUM | Estado | PAVI | REP | 84-500-200 |
| Mail | DEIRY | Indicador de control (CCC) | 89-9908-3583 | | |

Deleg. 10. Julho de 2018

Reynold Winston Wilson
Assurance of Decency



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS E FAMÍLIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E AUTOMOBILISMO NACIONAL DE TRANSPORTES

SANTOS MARTINS SILVA



DOC. BRASILEIRO DO TRANSPORTES
0184024-200-11

CNPJ
04511-20-11 19/10/1990

TIPO
JOSÉ DE ALMEIDA
SANTOS SILVA
ROSELIANA MARTINS
MARTINS SILVA

PERMITE
04511-20-11

VALOR
05841045485

DATA
31/07/2013

VALIDADE
31/07/2013

CONDIÇÕES

A

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

CNH

Ranger Modern Ltd

MANUTENÇÃO DO VEÍCULO

TIPO
04511-20-11

DATA
31/01/2013

VALOR
0184024-200-11

VALIDADE
31/07/2013

PIAUÍ

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 31/03/8

DPVAT

COMPANHIA ENERGIA DO PARÁ
Av. Pasteur, 100 - Belém - PA - 66050-900
Fone: (0xx91) 321-1111 - Fax: (0xx91) 321-1112
E-mail: atendimento@cpem.com.br

Endereço: Rua 1000 - Belém - PA - 66050-900

Atividade: Comércio de Energia Elétrica - 3511-10/01
CNPJ: 06.940.888/0001-00

| CONSUMO | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2018 | 19/07/2018 | 125 | 151,78 |


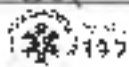
BAIXA E RETENÇÃO DE JUNTAS
AV. DOA EXP. LOPES 241 BELÉM PA
CEP: 66050-900 - CEFAS
CEP: 66 500-000 - CEFAS

RDT: 51.770.11.33.11840

| DADOS DA LEITURA | DADOS DA LEITURA |
|------------------|------------------|
| Assinatura | 12/07/2018 |
| Assinatura | 14/06/2018 |
| Assinatura | 14/06/2018 |
| Assinatura | 11/07/2018 |
| Assinatura | 12/07/2018 |
| Assinatura | 12 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
|------------------------------|------------------------------|
| Residência | Residência |
| Residência | Residência |
| Residência | Residência |
| Residência | Residência |
| Residência | Residência |

| CONSUMO | DESCRIÇÃO DA CONTA | VALOR |
|----------|--------------------|---------|
| JULHO/18 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/18 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/18 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/18 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/18 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/18 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/19 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/20 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/21 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/22 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/23 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/24 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/25 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/26 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/27 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/28 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/29 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/30 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/31 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/32 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/33 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/34 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/35 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/36 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/37 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/38 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/39 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/40 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/41 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/42 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/43 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/44 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUL/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| AUG/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| SET/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| OCT/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| NOV/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| DEZ/45 | CONSUMO | 125 KWH |
| JAN/46 | CONSUMO | 125 KWH |
| FEB/46 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAR/46 | CONSUMO | 125 KWH |
| ABR/46 | CONSUMO | 125 KWH |
| MAY/46 | CONSUMO | 125 KWH |
| JUN/46 | CONSUMO | 125 KWH |

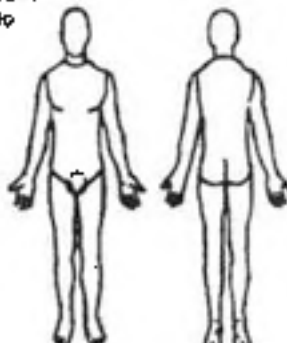
| | | |
|---|--|--|
|  | GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE OBRAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 | JRM 5-2011-2-001-000000 Nº <u>02</u>  |
| | | |

Suplemento 1921

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| | |
|---------|---|
| CHAMADO | AMBULÂNCIA ACIONADA: <u>02</u> DATA: <u>22.05.13</u> DIA DA SEMANA: <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input checked="" type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Dom |
| | LOCAL DA OCORRÊNCIA Endereço: <u>Rua Manoel de Sá</u> nº <u>...</u> Bairro: <u>Guarajuba</u> Fonte de Referência: <u>Delegacia</u> |
| | DADOS DO PACIENTE NOME: <u>Marcilene de Carvalho Sousa</u> IDAD: <u>31</u> SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F |
| | DADOS DO CHAMADO 1. SAÍDA DA CASA: <u>19:22</u> 2. CHEGADA AO LOCAL: <u>19:26</u> 3. SAÍDA DO LOCAL: <u>19:33</u> 4. CHEGADA AO HOSPITAL: <u>19:37</u> 5. SAÍDA DO HOSPITAL: <u>20:01</u> 6. CHEGADA NO PA: <u>20:06</u> |

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| HISTÓRICO | 01- ACIDENTE DE TRÂNSITO 02- AGRESSÃO FÍSICA/ESPANCAMENTO 03- AGRESSÃO FÍSICA-PAR 04- AGRESSÃO FÍSICA-FAB 05- URGÊNCIA PSOLATÉRICA 06- TENTATIVA DE SUICÍDIO | 07- ENVENENAMENTO 08- AFOSAMENTO 09- CHOQUE ELÉTRICO 10- QUEDA 11- URGÊNCIA CLÍNICA 12- QUEIMADURA | 13- URGÊNCIA OBSTÉTRICA <input checked="" type="checkbox"/> 14- TRANSFERÊNCIA 15- OUTROS 16- JÁ REMOVIDO 17- FALSO CHAMADO |
| | Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Ignorado | | |

| | | | | |
|--------------|---|--|--|--|
| EXAME FÍSICO | 2. AÇÃO - <u>13</u> | | |  |
| | ABERTURA OCULAR | RESPOSTA VERBAL | RESPOSTA MOTORA | |
| | 3. A VÍZ 4. A DOR 5. NENHUMA | 6. ORIENTADO 7. CONSCIENTE 8. NÃO AUTORIZADO PARA INTERVENÇÃO 9. NÃO AUTORIZADO PARA INTERVENÇÃO 10. NENHUMA | 11. POSSEDE A CONSCIÊNCIA 12. FICHA DA XIN 13. RETIRADO MEMBRO 14. LEGITIMIDADE 15. FALSOCHAMADO 16. NENHUMA | |
| | PUPILAS <u>2</u> 1. NORMAIS 2. CONTRAÍDAS 3. DILATADAS 4. DESIGUAIS | 7. PULSO RADIAL <u>2</u> 8. CHEIO 9. FINO 10. AUSENTE | 11. SINAIS VITAIS P <u>94</u> bpm R <u>...</u> bpm T <u>36,5</u> °C PA <u>130/80</u> mmHg Sa <u>98</u> % CO <u>...</u> bpm | |

| | | | |
|-----------------|--|--|---|
| PROC. F. IZADOS | <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> OXIGÊNIO <input checked="" type="checkbox"/> CURATIVOS <input type="checkbox"/> FRANJA LONGA <input type="checkbox"/> FRANJA CURTA | <input type="checkbox"/> RED <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE EXTREIDADES <input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA | H Glicemia Capilar <u>151</u> CUTRO <u>550</u> |
| | 1- HOSPITAL REGIONAL DE OBRAS CORTO <input type="checkbox"/> 2- OUTRO <u>...</u> 3- INDICADORES DE ENTRADA <u>3</u> 4- MELHORADO 5- Piorado 6- INALTERADO | | |

DIAGNÓSTICO: paciente consciente, orientada, vítima de acidente motociclistica moto x carro, apresentando marcas de arranhadura da borda da guarda apresentando Ellis guastini corte na região da cabeça

| | | |
|---------------------------|--|---|
| Responsável pela recepção | Socorristas Enfermeira <u>Rosa Maria</u> AE/IE <u>...</u> Condutor <u>...</u> | Assessoria Técnica Técnico de Enfermagem COREN-PA 000000000 |
|---------------------------|--|---|

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
18 JUL 2013
OPVAT

Extrobras
Distribuição de Energia

Seu código
0244255-8

SEU CÓDIGO
0244255-8

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Nº 09 DE LITFERRO 01 - RUA RUI ADAMATO
Cidade: 35600-000 - RJ
CPF: 01.500-000 - 000-000

Nº de conta - 007455459

Atividade: 0101 - Comércio
Atividade: 0102 - Comércio

| CONTA MES | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JUNHO/2018 | 28/06/2018 | 35 | 52,08 |

PARA LIGAR E DESLIGAR
LIGAR: 0800 080 080
DESLIGAR: 0800 080 080

NOT: 01.770.16.01.000001

| DADOS DA LEITURA | | DADOS DA LEITURA | |
|------------------|------|------------------|------------|
| Anterior | 4107 | Anterior | 77480/2812 |
| Atual | 4142 | Atual | 77485/2813 |
| Consumo (KWH) | 35 | Consumo (KWH) | 24/07/2018 |
| Consumo (KWH) | 35 | Consumo (KWH) | 28/06/2018 |
| Consumo (KWH) | 35 | Consumo (KWH) | 77480/2812 |

| Class/Subclass | Descrição | Valor | Valor | Valor | Valor |
|------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| RESID. BL. RENDA | | | | | |

| Descrição da Conta | Valor | Valor |
|-----------------------------------|---------|-------|
| CONSUMO | 50,43 | 8,32 |
| CONTE. JAU (MOLAR. PUG. T. LUSTE) | RS 2,15 | 30,92 |
| DIFERENÇA DE TAXAS | | 2,88 |
| SUPORTE ADICIONAL REND. | | 37,50 |
| AD. 30% ADICIONAL REND. | | 27,54 |
| ADICIONAL BANC. L.F.A. VERELHA | | 2,75 |

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 080 080 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15 18 15 20 25
Parabéns! Até o dia 28/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Consumo | 10,00 | Imposto de Renda | 76,74 |
| Imposto | 30,58 | Imposto de Renda | 12,00 |
| Taxa de Uso | 1,01 | Imposto de Renda | 10,00 |
| Outros | 4,57 | Imposto de Renda | 1,02 |
| Total | 20,19 | Imposto de Renda | 2,30 |

| INDICADORES DE CONTINGÊNCIA | | | | | |
|-----------------------------|-------|-------|------|------|-------|
| 0,00 | 12,30 | 21,17 | 1,01 | 2,00 | 14,40 |
| 0,00 | | | 0,00 | | 0,00 |



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001389/2018-15

Unidade de Registro: 4º DPC - CEFAS

Resp. pelo Registro: Eder Marques Camargo

Data/Hora: 18/07/2018 - 15:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE CEFAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CEBAS

Endereço

RLA COMADRE ANA NF

Complemento

Data/Hora

20/07/2018 - 15:00

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIENE DE CARVALHO SOUSA

RG: 2438161

Nome: MARIA A. VIEIRA CARVALHO SOUSA

RG: FRANCISCO XAVIER CARVALHO SOUSA

Endereço: AV. PETRÔNIO FORTES, Nº 274

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OLINDA

UF: PIAUÍ

Tipo Envolvimento: Vítima/Noticiante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Transmissão acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Honda

Modelo: CG 150

Ano: 2000

Placa: CUMU47

Chassi: H02K0050SR201661

Renavam: 00551000024

Cor: Branca

Condutor: A PRÓPRIA VITIM/NOTICIANTE

Cidade: OLINDA - PI

Proprietário: MARCIENE DE CARVALHO SOUSA

End: AV. PETRÔNIO FORTES, Número

Cidade: OLINDA - PI

ORIGINAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA DE CONDUÇÃO NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, MAS PRECISAMENTE AO PASSAR DEBASTA DELEGACIA DE POLICIA A MESMA VEICULO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E COLIDIR COM A TRASEIRA DE UM VEICULO NAO IDENTIFICADO QUE ESTAVA ESTACIONADO; QUIL MINUTOS CONSEQUENCIA DO ACIDENTE A MESMA COMEÇOU A SENTIR DOR DE FRONTO ATENDIMENTO UPA CONCIENTE DE ENFADA, TAUCA, ENTORNACHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO DORALIA, E DOR ENFADA EM FACE ESQUERDA, EQUIMOSE EM OLHO ESQUERDO, ESCRANHAS EM MMII E MBE. CORTE EM DOUROS ALGUNS COMO DORALIA EM PRONTUARIO MEDICO

Eder Marques Camargo
Delegado de Polícia - VAI 1184901
AGENTE DE POLICIA

MARCIENE DE CARVALHO SOUSA
MARCIENE DE CARVALHO SOUSA - Relatante
Responsável pela Informação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.00/389/2018-15

Delegado de Polícia

[Handwritten signature]



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180417131**
Nome do(a) Examinado(a): **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SETE DE SETEMBRO nº 61 - ROSÁRIO - OEIRAS/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2488908 - SSP**
Data e local do acidente: **30/05/2018 OEIRAS/PI**
Data e local do exame: **06/10/2018 FLORIANO/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR, DO ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAL, E FRATURA AO NÍVEL DO TETO DA ÓRBITA, E LESÃO NO JOELHO DIREITO COM PERDA DE PARTES MOLES E PELE.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FEZ TRATAMENTO COM 24 DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM MINI PLACAS E PARAFUSOS, COM RAFIA DA LESÃO NO JOELHO DIREITO, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ EXTENSA COM 10,0 CM POR 10,0 CM NO SEUS MAIORES DIÂMETROS, COM PLÁSTICA VICIOSA E COM PERDA DE PARTES MOLES NA REGIÃO LATERAL DO JOELHO DIREITO, QUE PREJUDICA OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO E LEVE CRANIOFACIAL

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **JOELHO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

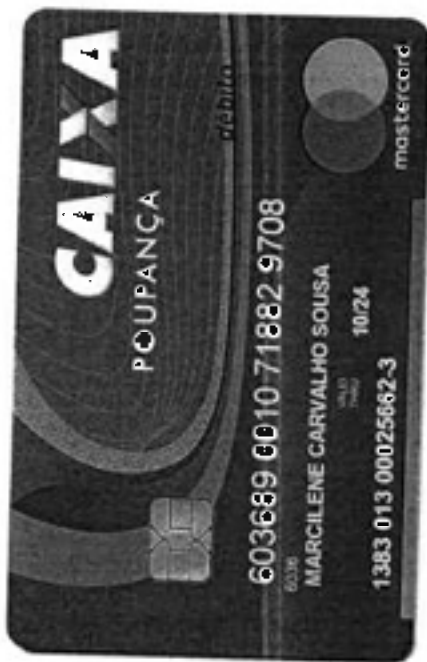
VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO CRM:4606 /PI


Mauro Ricardo R. Bilibio
Médico
CRM - PI 4606 / MA 5373

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Sinistro: **3180417131**
Vítima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**
Data do Acidente: **30/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180417131** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ANTONIO FREITAS,
OLIVEIRA NOVA, OLIVEIRA/PI - 64500-000
CNPJ: 06353561/01/01
(89) 3162-1213

Ficha de Atendimento (Pronio Atendimento)

Atendimento: 000002 Registro: 0036
Data: 30/01/2018 Hora: 18:47:00
Paciente: 61000000000000000000
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 117

MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

CPF: 0408808 - CARTÃO DO SUS 10050971332450

Nascimento: 27/07/1988 Estado: PI RUA: R. M. R. 18 DIAS

Civil: Civil CPF: 64500-000

End. av. ESTRELA DO NORTE, 216

Cidade: OLIVEIRA NOVA

Contato: Telefone: (89) 3162-1213 - Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA Pai: FRANCISCO XAVIER CARVALHO DE SOUSA

Clínica: CLÍNICA MÉDICA Documento: 6482 - ABRILIO PINHEIRO OLIVEIRA MELO SUS: 10050971332450

Responsável: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA - O MESMO Temp: 10°m Peso: 60kg P.A.: 0

Procedimentos

30/05/2018 19:47:11 HAD 18 ACOIAMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
30/05/2018 19:53 0301010072 CONSULTA MÉDICA EM AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE CONDUZIDA PELA SAMU OLIVEIRA ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISÃO MOTO X CARRETIÃO, CONSCIENTE, ORIENTADA, PACIENTE EM PRANCHA RÍGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALÉIA, DORMENTO EM FACE ESQUERDA, EDEMA EM OMBRO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MEE, CORTE EM COURO CARCERADO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC), DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 128X107MMHG, GL: 15L/MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

30/05/2018 19:53:15

158111 ALBERTA ALVES REGO
DANÃO

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE CONDUZIDA PELA SAMU OLIVEIRA ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISÃO MOTO X CARRETIÃO, CONSCIENTE, ORIENTADA, PACIENTE EM PRANCHA RÍGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALÉIA, DORMENTO EM FACE ESQUERDA, EDEMA EM OMBRO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MEE, CORTE EM COURO CARCERADO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC), DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 128X107MMHG, GL: 15L/MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

DIAGNÓSTICO

CID

1999

EXAMES COMPLEMENTARES

TO DE CRÂNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIPLOMA 500 MG/ML SOL. INJ.
C/ 2 ML

1XMD 200MG/ML
C/ 2 ML

CLONAZEPAM 1 MG/ML
(TRAMAL)

1XMD 200MG/ML
C/ 2 ML

DITRIN 100ML SF
3, 3%

CONDUTA MÉDICA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JUL 2018

DPVAT

30/05/2018 19:53:15

At do Dr. Edson...
At do Dr. ...

At do Dr. ...

At do Dr. ...

At do Dr. ...

Responsável: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

6402 ABRILIO PINHEIRO OLIVEIRA MELO

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Maria Gellene de Carvalho S. Silva

ALIA: 14/8 ENFERMARA: _____ LEITO: _____ DATA: 30/09/2018

| | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|--|--|
| M A N H A | 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 | |
| | | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | | |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | | |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | | |
| | 0202010473 | GLUCEMIA CAPILAR | | |

| T A R D E | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) | |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | <div>PJ CORRETO DE SEGURANÇA</div> <div>19 JUL 2011</div> <div>DPVA</div> |
| | | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | | |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | | |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | | |
| | 0202010473 | GLUCEMIA CAPILAR | | |

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|------------|--|
| 20:0 Realizado curativo com soro fisiológico 9% gástrico, atado com fio de algodão e curado com curativo adesivo. Paciente recebeu 100ml de soro fisiológico e 100ml de leite. | | Unidade de Pronto Atendimento TEC. ENFERMAGEM 1004 (PJ) 455918 |
| 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 |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 31/08/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---|------------|---|
| <u>as 11h realizado curativo em local, em M.E. e M.D. usando SFO, 9K, peróxido, gaze, luvas, procedimentos, separadores e ataduras.</u> | | Maria Silvana de S. Sobrinho CREA-PI 12174JE |
| | | |
| M A N H 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 |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301100170 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO |
| | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|------------|--|
| <u>as</u> | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 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 |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301100170 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | 0300010071 | 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 |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301100170 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |



- RAY-X DIGITAL
- TOMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELECTROENCEFALOGRAFIA

- TOMOGRAFIA HELICO DALI COM FILM ARKADIS/AGFA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEFROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: **Mercilene do Carmo Sousa**
Médico: **Fabrizio Melo**

Número: **29579**
Data Exame: **30/05/2019**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes de 5 mm de espessura na região infratentorial e de 10 mm de espessura na região supratentorial, evidenciou:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sulcos cortina e preservados.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Sistemas encefálicos e pré-ortinas sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermes com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Seios paranasais visíveis normais.
- Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
- Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Tomografia computadorizada do encéfalo normal.
2. Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
3. Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2019

OPVAT

Leonardo Robert de Carvalho Rêgo
CRM 1567



SERVIÇO DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO

- RADIOLOGIA
- MAMMOLOGIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETRORCENOLOGIA

- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: Mariana de Carvalho Sousa
Médico: Pablo Afencar

Número: 2379/
Data Exame: 06/06/2010

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

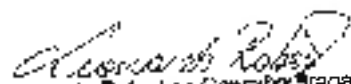
RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seios maxilares: com anatomia e relevos mucosos preservados
- Complexos ostiomaxilares permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado
- Desvio do septo nasal para a direita.
- Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
- Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
- Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Desvio do septo nasal para a direita.
2. Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
3. Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
4. Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.


Leonirio Roberto de Carvalho Braga
CRM 1667

HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 500 - Oeiras-PI - Fone: (29) 3462-1213

CEP 64.500-000

CNPJ 06.553.584/0013-71

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 06.553.584/0013-71

Paciente:

Marcimara de Carvalho Silva

N.º AIH

Procedimento Anterior:

Procedimento Solicitado:

Médico Solicitante:

CRM:

CPF:

JUSTIFICATIVA:

DATA 25/06/2023

Assinatura do Médico Solicitante
CRM e CPF

AUDITOR:

DATA

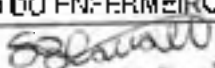
/ /

Assinatura do Médico Solicitante
CRM e CPF

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Paula Sousa

ALA: 2 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 07/06/1999

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---|---|--|
| 030 Realizado curativo em queimadura de 1º grau em 1 dedo | |  Sanyta Barbosa de Carvalho Enfermeira COREN-PI 21.199 |
| 040 Utilizado SF 0,9% para lavagem da ferida | | |
| <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| <input type="checkbox"/> | 0300010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| <input type="checkbox"/> | 0300010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0300010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> | 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 | |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0300010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0300010071 | 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 | |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |



PIAUÍ
GOV. DO ESTADO

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



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h

NOME DO PACIENTE: MARILYN DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 21/09/1979

ENFERMARIA: 22 LEITO: 03 Nº PRONTUÁRIO:

DATA: 11/10/2024 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

Tratamento complementar em casa

500 mg

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

31/09/2024 - 12h15min - 13h15min (EV)

Dr. Raul Rangel
CRM: 10.123/GO
CPF: 123.456.789-01

EVOLUÇÃO DE FINEFRMAGEM

Date: 02 / 05 / 28

Paciente: D. Lucilene de Carvalho Soares

Leito:

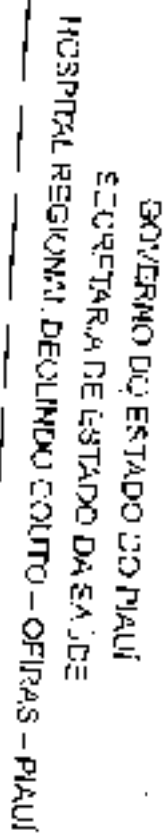
PN: 12109180

[illegible]

For more information, contact the U.S. House of Representatives, Committee on Education and the Labor Force, Room 310, Capitol Building, Washington, D.C. 20540. Telephone: (202) 225-3100.

(89) 3462-3969 · CEF-65-500-000 — Orders — P1

CALL 86-553-564/0013-71



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Date: 30, 31 12/2018

[illegible]

Hospital Regional de Jolinda (Jolinda, E.D. 100)

(39) 7462-3960 - CEP: 64.500-400 - Centro

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



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



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Dr. Fabiano Figueira

Nome do Paciente: Montini de Carvalho Siqueira Dat. Nas.: 10/01/1988
Clínica: --- At.: --- Enf.: --- Leito: ---

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de TCE (acidente motorizado com)
TCE no membro superior esquerdo em nível proximal após
queda e deslocamento articular.

Data: 30/05/18

Assinatura: Dr. Fabiano Figueira

Dr. Fabiano Figueira
Médico
CRM-Pi - 8487

PARECER:

Paciente com fratura no fêmur Solicito exames
de imagem, exames pré-operatórios e internação
para seguir com conduta cirúrgica.

Data: 31/05/18

Assinatura: Dr. Danilo P. Almeida

Dr. Danilo P. Almeida
Ortopedista
CRM-Pi 12400
CPF: 022.707.523.75



GOVERNDO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COELHO - CHERAS - PIAUÍ



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 16/06/2018

Paciente: Murilo de Carvalho Silva Leitor: 04 OS: 03 IDN: 12109185

| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|-------------------------|
| OS: 3379 e 20x80 mmHg Tax 35.1º segue com funções normais e repouso no laboratório de la Evangelista da Silva com Pl 06/06/2018 11:00h En | |
| OS: 40 Pl 20x80 mmHg Tax 35.3 e de la pade segue repouso e repouso no laboratório de la Evangelista da Silva com Pl 06/06/2018 11:00h En | |
| OS: 43 Pl 20x80 mmHg Tax 37.0 e de la pade segue repouso e repouso no laboratório de la Evangelista da Silva com Pl 06/06/2018 11:00h En | |
| OS: 45 Pl 20x80 mmHg Tax 37.2 e de la pade segue repouso e repouso no laboratório de la Evangelista da Silva com Pl 06/06/2018 11:00h En | |

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTAÇÕES DE INTERMATH

Date: 06/15/

Paciente: Flaviana de Carvalho Sousa leio 02 05 10 12.10.85

| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|--|
| <p>16.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> <p>17.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> <p>18.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> <p>19.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> <p>20.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> | <p>21.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> <p>22.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> <p>23.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> <p>24.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> <p>25.11.13 às 10h00m. Paciente acordada, bem-estar, sem queixas. AP: 12.5, FC: 80, PA: 110/70 mmHg. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Medicação: 1 comprimido de Paracetamol 500mg.</p> |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de C. Sousa

A.A. B

ENFERMARIA: 02

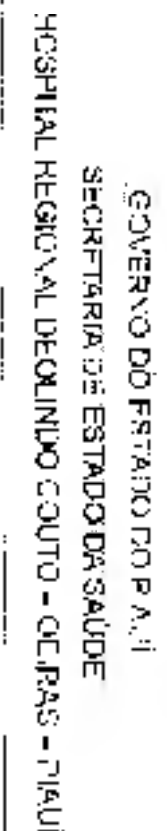
LEITO: 03

DATA: 05/08/12

| M A N H Ã | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|--|---|--|
| | <u>10:15h. Realizada curativo em M.O. Ute- linda SF 0,91 gora, atadura, 1065, na mucosa e dependente</u> | | <u>Eda. Natalyly Rodrigues Carmo - 07 461013</u> |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301010071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301010033 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> | 0300010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> | 03010100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301010047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0301010055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> | 0300010017 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0300010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|------------|--|
| A R D E | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | 0301010071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA |
| | 0301010033 | CUIDADOS COM ESTOMAS |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 0301010017 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301010047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO |
| | 0301010055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | 0300010017 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | 0300010071 | 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 |
| | 0301010071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA |
| | 0301010033 | CUIDADOS COM ESTOMAS |
| | 0300010101 | SONDAGEM ENTERAL |
| | 03010100179 | SONDAGEM GÁSTRICA |
| | 0301010047 | CATETERISMO VESICAL DE ALVIO |
| | 0301010055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA |
| | 0300010017 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO |
| | 0300010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO |
| | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR |



Date: 02/06/18

1209, 85

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

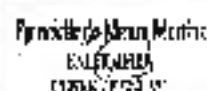
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|-------------------------|
| <p>05/11/2016 08:35-15 C</p> <p>08:30 Gaíto de curativo 1/3. Tem 36,5° e não apresenta febre. 10mm.</p> <p>08:45 GAD de dor de garganta 36,4° e 10mm.</p> <p>09:20 PC 44x80mmHg, 80x35-80, apresenta limite na cor nas costas, não apresenta verruquias no sítio de entrada. Maná de Febre nos Sítios.</p> <p>15:00 de enfermagem DORRER 1729051</p> | |

Hospital Regional Desastres/Crisis—El RÍO, C. 100, Av. And Balthazar, S.W., Centro—
(49) 3462-3169—COP 64, 981000—Círculo—PR
C.N.P.J. 06.553.534/0033-71

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marceline de Carmalho Gonsa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 02 DATA: 02/06/18

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|---|---|
| <u>03:30 Realizado curativo em mb.</u> <u>utilizado SF 0,9%, gaze, atadura,</u> <u>luvas e aparador.</u> | |  Priscilla de Jesus Mendes ENFERMEIRA 0206/18 |
| | | |
| M A N H A | <input type="checkbox"/> 0401C10023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 0401C10015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | | |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|--|--|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| T A R D E | <input type="checkbox"/> 0401D10023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0401D10015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | | |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|--|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| N O I T E | <input type="checkbox"/> 0401C10023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0401C10015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | <input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO | |
| | <input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |



HOSPITAL REGIONAL DE CANELAS
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h



PREScrição Médica 09

NOME DO PACIENTE: Monelle de Carvalho Souza ENFERMIA: 02 LEITO: 03 N° PRONTUÁRIO: _____
DATA DE NASCIMENTO: 21/09/85

| DATA | PREScrição MÉDICA | HORÁRIO | OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS |
|-------|--------------------|---------|--------------------------------|
| 12/09 | Atendimento em UPA | | |
| 13/09 | Atendimento em UPA | | |
| 14/09 | Atendimento em UPA | | |
| 15/09 | Atendimento em UPA | | |
| 16/09 | Atendimento em UPA | | |
| 17/09 | Atendimento em UPA | | |
| 18/09 | Atendimento em UPA | | |
| 19/09 | Atendimento em UPA | | |
| 20/09 | Atendimento em UPA | | |
| 21/09 | Atendimento em UPA | | |
| 22/09 | Atendimento em UPA | | |
| 23/09 | Atendimento em UPA | | |
| 24/09 | Atendimento em UPA | | |
| 25/09 | Atendimento em UPA | | |
| 26/09 | Atendimento em UPA | | |
| 27/09 | Atendimento em UPA | | |
| 28/09 | Atendimento em UPA | | |
| 29/09 | Atendimento em UPA | | |
| 30/09 | Atendimento em UPA | | |
| 01/10 | Atendimento em UPA | | |
| 02/10 | Atendimento em UPA | | |
| 03/10 | Atendimento em UPA | | |
| 04/10 | Atendimento em UPA | | |
| 05/10 | Atendimento em UPA | | |
| 06/10 | Atendimento em UPA | | |
| 07/10 | Atendimento em UPA | | |
| 08/10 | Atendimento em UPA | | |
| 09/10 | Atendimento em UPA | | |
| 10/10 | Atendimento em UPA | | |
| 11/10 | Atendimento em UPA | | |
| 12/10 | Atendimento em UPA | | |
| 13/10 | Atendimento em UPA | | |
| 14/10 | Atendimento em UPA | | |
| 15/10 | Atendimento em UPA | | |
| 16/10 | Atendimento em UPA | | |
| 17/10 | Atendimento em UPA | | |
| 18/10 | Atendimento em UPA | | |
| 19/10 | Atendimento em UPA | | |
| 20/10 | Atendimento em UPA | | |
| 21/10 | Atendimento em UPA | | |
| 22/10 | Atendimento em UPA | | |
| 23/10 | Atendimento em UPA | | |
| 24/10 | Atendimento em UPA | | |
| 25/10 | Atendimento em UPA | | |
| 26/10 | Atendimento em UPA | | |
| 27/10 | Atendimento em UPA | | |
| 28/10 | Atendimento em UPA | | |
| 29/10 | Atendimento em UPA | | |
| 30/10 | Atendimento em UPA | | |
| 31/10 | Atendimento em UPA | | |
| 01/11 | Atendimento em UPA | | |
| 02/11 | Atendimento em UPA | | |
| 03/11 | Atendimento em UPA | | |
| 04/11 | Atendimento em UPA | | |
| 05/11 | Atendimento em UPA | | |
| 06/11 | Atendimento em UPA | | |
| 07/11 | Atendimento em UPA | | |
| 08/11 | Atendimento em UPA | | |
| 09/11 | Atendimento em UPA | | |
| 10/11 | Atendimento em UPA | | |
| 11/11 | Atendimento em UPA | | |
| 12/11 | Atendimento em UPA | | |
| 13/11 | Atendimento em UPA | | |
| 14/11 | Atendimento em UPA | | |
| 15/11 | Atendimento em UPA | | |
| 16/11 | Atendimento em UPA | | |
| 17/11 | Atendimento em UPA | | |
| 18/11 | Atendimento em UPA | | |
| 19/11 | Atendimento em UPA | | |
| 20/11 | Atendimento em UPA | | |
| 21/11 | Atendimento em UPA | | |
| 22/11 | Atendimento em UPA | | |
| 23/11 | Atendimento em UPA | | |
| 24/11 | Atendimento em UPA | | |
| 25/11 | Atendimento em UPA | | |
| 26/11 | Atendimento em UPA | | |
| 27/11 | Atendimento em UPA | | |
| 28/11 | Atendimento em UPA | | |
| 29/11 | Atendimento em UPA | | |
| 30/11 | Atendimento em UPA | | |
| 31/11 | Atendimento em UPA | | |
| 01/12 | Atendimento em UPA | | |
| 02/12 | Atendimento em UPA | | |
| 03/12 | Atendimento em UPA | | |
| 04/12 | Atendimento em UPA | | |
| 05/12 | Atendimento em UPA | | |
| 06/12 | Atendimento em UPA | | |
| 07/12 | Atendimento em UPA | | |
| 08/12 | Atendimento em UPA | | |
| 09/12 | Atendimento em UPA | | |
| 10/12 | Atendimento em UPA | | |
| 11/12 | Atendimento em UPA | | |
| 12/12 | Atendimento em UPA | | |
| 13/12 | Atendimento em UPA | | |
| 14/12 | Atendimento em UPA | | |
| 15/12 | Atendimento em UPA | | |
| 16/12 | Atendimento em UPA | | |
| 17/12 | Atendimento em UPA | | |
| 18/12 | Atendimento em UPA | | |
| 19/12 | Atendimento em UPA | | |
| 20/12 | Atendimento em UPA | | |
| 21/12 | Atendimento em UPA | | |
| 22/12 | Atendimento em UPA | | |
| 23/12 | Atendimento em UPA | | |
| 24/12 | Atendimento em UPA | | |
| 25/12 | Atendimento em UPA | | |
| 26/12 | Atendimento em UPA | | |
| 27/12 | Atendimento em UPA | | |
| 28/12 | Atendimento em UPA | | |
| 29/12 | Atendimento em UPA | | |
| 30/12 | Atendimento em UPA | | |
| 31/12 | Atendimento em UPA | | |

Dr. Roberto V. da Silva
R.O. 12.500
C.R. 006.19.523-70



GOV. DO PIAT

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO OCUTO - OIRAS - PIAUÍ



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 13.06.8

Leito:

02

03

DN:

12.09.85

Paciente: Alameda de Carvalho Junior

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

02.00

de 10h

quadrado proeminente

PA 110 x 60 mmHg

36,9°C

HR 100 bpm

PA 110 - segue aguardando procedimento
curativo. Tax = 36,5°C. PA = 110 x 60 mmHg

HR 100 bpm
Tensão Arterial 110/60 mmHg
BOEM 7/10/85

HR 100 bpm
Tensão Arterial 110/60 mmHg
BOEM 7/10/85

HR 100 bpm
Tensão Arterial 110/60 mmHg
BOEM 7/10/85

Hospital Regional de Olindo Ocuto - HRDC - Av. Rui Barbosa, 345, Centro


(86) 3462-3339 - (085) 642-601/600 - (085) 642-601 - PI

C.N.P.J. 06.553.514/0001-71

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcelene de Carvalho Sousa

ALA: 02 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 30/08/13

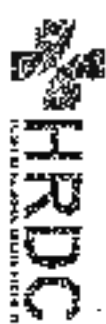
| M A N H Ã | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------|--|--|---|
| | 08:25 Realizado curativo em MD com presença de espasmo local. Utilizado SF0,9% gases, Kelagelax, espala drapo e batadura | |  |
| | X 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 0301100178 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| T A R D E | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |
| | | | |

| T A R D E | 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 | |
| | 0301100178 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| N O I T E | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| N O I T E | 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 | |
| | 0301100178 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| N O I T E | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA - OBRAS - PIAUÍ



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 10/06/2018

| | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------|----|-----|----------------|
| Paciente: | Marcos de Carvalho Sousa | Idade: | 03 | DN: | 12 / 09 / 1985 |
|-----------|--------------------------|--------|----|-----|----------------|

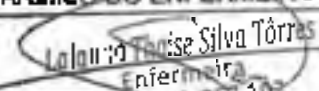
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|---|---|
| <p>5:29 PM 30x60 em melhor 36.5° Ciente re ativamente. Chateada, sem e repouso e todos os outros, sem espúrios no relatório.</p> <p>16:55 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de no momento. Gisela Evangelista de Silva 5:00 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de de 22. Gisela Evangelista de Silva 16:55 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de 16:50 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de 20:22 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de 20:22 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de</p> <p>Nota de Enfermagem Técnica de Enfermagem Ocorrência: 123456789</p> | <p>5:29 PM 30x60 em melhor 36.5° Ciente re ativamente. Chateada, sem e repouso e todos os outros, sem espúrios no relatório.</p> <p>16:55 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de no momento. Gisela Evangelista de Silva 5:00 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de de 22. Gisela Evangelista de Silva 16:55 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de 16:50 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de 20:22 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de 20:22 PM 30x60 mmHg 36.5° C em de</p> <p>Nota de Enfermagem Técnica de Enfermagem Ocorrência: 123456789</p> |

Ministério de Educação
Técnica de Ensino
COBEN-PE

Hospital Regional Electricity Center - F.R.D.E. - Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(35) 2-462.3969 - CEP: 41.300-000 - Odebrecht - E.P.
C.N.P.J. 06.553.556/0413-71

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Soares
ALA: 02 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 11/06/18

| M A N U A L | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-------------|--|---|
| | 0450h - Realizado curativo em mão direita, SF 0,9%, sulfada para limpeza, gaze, atadura e fixação de procedimento |  Leila da Fátima Silva Torres Enfermeira COREN-PI 257.102 |
| | 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 | |
| T A B E L A | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

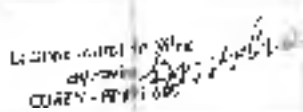
| T A B E L A | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-------------|---|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| T A B E L A | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO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

| T A B E L A | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-------------|---|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| T A B E L 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 ALVIO | |
| | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | | |
| | | |

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 05 DATA: 15/06/2018

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---|---|--|
| Realizado curativo em ferimento por queimadura (2º grau) em membro superior direito, com utilização de SF 0,9% gel, aplicação de pomada e gaze. | |  Marcilene de Carvalho Sousa Enfermeira |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| <input type="checkbox"/> | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| <input type="checkbox"/> | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|---|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| <input type="checkbox"/> | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| <input type="checkbox"/> | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR | |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|---|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| <input type="checkbox"/> | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA | |
| <input type="checkbox"/> | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO | |

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**
Nº Sinistro: **3180417131**
Vitima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**
Data do Acidente: **30/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180417131**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Nº Sinistro: **3180417131**

Vítima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Data do Acidente: **30/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417131**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13345905



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: VÍDUO EPIAUER
 Identidade: RG - 2-488.908 - SSP-PI
 CPF: 042.401.803-92
 Profissão: TCC - SAÚDE BUCAL
 Endereço: RUA - 07 DE SETEMBRO - Nº 61 - Bairro Roraima
 CEP: 64.500-000 - DEIRAP - PIAUÍ
 Telefone: (91) 99420-2182

OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Identidade: RG 3-364.096 - SSP-PI
 CPF: 046.400.203-42
 Profissão: ESTUDANTE
 Endereço: AV. DOM. EXPEDITO DE F - 241 - JUREMUNHA
 CEP: 64.500-000
 Telefone: (91) 99408-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confiro poderes especiais para representar me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou receber quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perito médica e solicitar resgates, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento do mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

ORIGINAL

PROCURADOR DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

DEIRAP, 11 DE JULHO DE 2018

Local e data

MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeira)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
 Rua Vitorino Guimarães, 185 - Centro - Deirap - PI - (0669) 3462.1201 / 3402.0316
 e-mail: 4to.tabelionato@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARCELENE DE CARVALHO SOUSA. DT: 11/07/2018. FF: 1. TEX: 1. DA VERDADE. DEIRAP-PI, 11/07/2018. Encl.: 3,7. TCO: 74. Selo: 0,24. Total: 4,71. Valor: 110,57250 (F60P37).

RANIERE MARTINS SILVA
 RANIERE MARTINS SILVA ESBOVENTE CONFISSADA

☐ para nome e assinatura. ☐ para nome e assinatura. ☐ para nome e assinatura.

... OLÁÇA COSTA DE SOUZA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180331843 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FRONTAL E DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180331843 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN Nº 012825404294
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1066 0028 4537 0468 4636 1020 0325 0432 2992 3501 4710

1 00851036829 RNTC 2018
NOME
MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

04240180392 PLACA ANT/UF DLW-6647

PLACA ANT/UF DLW-6647 CDBEI 9C2KC08305R01611

ESPECIE TIPO CAR/MOTOCICLO/ENFURCA COMBUSTÍVEL GASOLINA

DATA/MODELO HONDA 06.150 J03 ANO 2005

CAP/POT/CL 01P/0149CC CILINDROS 4 VALVULAS 4 CORP. INCLUIDO 15000000

IPV A 1º 1500 2º 2000 3º 2500

PRÊMIO TARIFÁRIO 100,00 100,00 100,00

SEGURO 100,00 100,00 100,00

SEM RESERVAÇÃO

021443 DATA 13/01/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PI Nº 012825404294 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04240180392 DLW-6647 2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA DO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO
www.liderseguradadp.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1004

04240180392 DLW-6647

04240180392 DLW-6647

00851036829 HONDA 06.150 J03

01P/0149CC 4 VALVULAS 4 CORP. INCLUIDO 15000000

PRÊMIO TARIFÁRIO 100,00 100,00 100,00

SEGURO 100,00 100,00 100,00

SEM RESERVAÇÃO

021443 DATA 13/01/2018

SEGURO LIDER - DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 JUL 2018
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RANTON MARTINS SILVA



DOC. IDENTIFICACAO: 3164056-554-92
CPF: 046.400.791-62
DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1990
SEXO: M
NOME: JOSE DE MIRAMIM
RANTON SILVA
EDILEUSA MARINHO
MARTINS SILVA
PARENTES: M, ACC, CAT: A3
M. REGISTRO: 05841465435
M. FMT: C2/L4/F325
VALIDADEZ: 31/07/2015



Ranton Martins Silva

LOCAL: CRIBAS, PI
DATA DE EMISSAO: 11/01/2014
18190954844
97320108570

PIAUÍ

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1554733950

1554733950

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 JUL 2018

DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento desta formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido a Circular SUSEP 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/web/interacao/interacaooriginal.aspx?tipo=1&codigo=25435>

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

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

A Seguradora Líder de Seguros Privados - SUSEP é instituição responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros providenciada pela Superintendência de Seguros.

O Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar os documentos e informações obrigatórias previstas na Lei nº 9.613/98.

Declaro, eu RAYNERE MARTINS SILVA inscrito(a) no CPF/CNPJ nº 046-402-283 / 42,
em nome do Procurador(a) / Intermediário(a) de Usuraria do Francisco de Lauro de Souza inscrito
no CPF sob o nº 046-402-283 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da vítima
MARCILENE DE CARVALHO SOUSA inscrita(a) no CPF sob o nº 042-402-803 / 32 conforme
determinação da Circular SUSEP 445/12.
Sou um Profissional ESTUARTE renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios

☐ Recusa a fornecer

Em caso contrário, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto a Seguradora Líder-DPVAT, enviar no endereço da
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

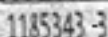
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração acarretará sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | |
|--|---------------------------|--|--------------------------|--|--|
| Endereço <u>Av. Dom. E. Xavier 1007</u> | | Número <u>244</u> | | Complemento <u>---</u> | |
| Cidade <u>Curitiba</u> | Cidade <u>Curitiba</u> | Estado <u>PR</u> | CEP <u>84-500-000</u> | | |
| E-mail <u>---</u> | | Telefone comercial (DDD) <u>---</u> | | Telefone celular (DDD) <u>89-99408-3583</u> | |

Declaro 10 de Julho de 2018
Local e Data

Rayner Martins Silva
Assinatura do Declarante





© 2000 by The McGraw-Hill Companies
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without prior written permission from The McGraw-Hill Companies, Inc.

83T 51.772, 12.34, 1.09620

14714

| DESCRIÇÃO DA CONTA | | |
|-----------------------------------|----------------------|--------|
| CONSUMO | 125 A 45 D. 03/10/08 | 124,84 |
| CONTR. EL. MINUTADO FUEL (CONTR.) | | 8,30 |
| CORREÇÃO MONETARIA 06/02/12 08 | | 2,30 |
| MULTA POR ATRASO 05/12/08 | | 7,50 |
| PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/5 | | 12,94 |
| IRS: DE JORO DE 1490 05/16/08 | | 1,91 |
| ADICIONAL BANDEIRA VINHO, HA | | |

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

1. 5. 2014

4557A70 31. 11. 2015 256,52
 76/2015 256,52

LT:LF 48:48 10:00 E FACA-OPCA-CENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

| 7050, 27F5 35A2, 67A7 111, PA/10 01ED, B744 | |
|---|-------|
| Disinfectant | 40,39 |
| Energy | 0,45 |
| Material | 6,14 |
| Time | 70,52 |

| IMPACTOS/FAVORES - RS | |
|-----------------------|--------|
| Impacto Positivo | 104,03 |
| Impacto Negativo | 22,00% |
| Impacto Médio | 22,88 |
| Impacto Alto | 1,00 |
| Impacto Baixo | 4,62 |

INDICADORES DE CONTINUIDAD

| | | | | | | |
|------|-------|-------|------|------|-------|------|
| 6,00 | 22,00 | 74,12 | 1,61 | 7,13 | 14,45 | 3,54 |
| 2,00 | | | 8,60 | | | 4,00 |

GETRAB

45/29-3

40:33

1211 61.03.11 23 110000



© 2005 by Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 257: 1–11

2015.10.27 FRI

8364000001 51780017000 6 00000001185 8 34330718008 7





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001389/2018-15

Unidade de Registro: 4º DPC - CEFAS

Resp. pelo Registro: Eder Marques Camargo

Data/Hora: 18/07/2018 - 15:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE CEFAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CEBAS

Endereço

RLA COMADRE ANA NF

Complemento

Data/Hora

20/07/2018 - 15:00

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIENE DE CARVALHO SOUSA

RG: 243880

Nome: MARIA A. VIEIRA CARVALHO SOUSA

Rg: FRANCISCO XAVIER CARVALHO SOUSA

Endereço: AV. PETRÔNIO FORTALE, Nº 274

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OLINDA

UF: PIAUÍ

Tipo Envolvido: VITIM/NOTICIANTE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Transmissão de bens de trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

HONDA

Modelo:

CG 150

Ano:

2000

Placa:

CEB 1000000

Cor:

Branca

Correspondente:

A PRÓPRIA VITIM/NOTICIANTE

Cidade:

OLINDA

UF:

PIAUI

Proprietário:

MARCIENE DE CARVALHO SOUSA

Endereço:

AV. PETRÔNIO FORTALE, Nº 274

Cidade:

OLINDA

UF:

PIAUI

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA DE CONDUÇÃO NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, MAS PRECISAMENTE AO
ADO DESTA DELEGACIA DE POLICIA A MESMA VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E COLIDIR COM A
MASEIRA DE UM VEICULO NAO IDENTIFICADO QUE ESTAVA ESTACIONADO; QUILTA CONSEQUENCIA DO ACIDENTE A
MESMA OILSOLINA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LPA CONCIENTE DE ENTADA, TAL CA, EM PRANCHAS RIGIDA,
COLAR CERVICAL, REFERINDO DORALIA, E DORVENCIA EM FACE ESQUERDA, EQUIMOSE EM OLHO ESQUERDO,
ESCORAOES EM MMII E MSE. CORTE EM DOURO CAILLUS COMO DENSTA EM PRONTUARIO MEDICO

Eder Marques Camargo
Eder Marques Camargo - VAI 1184901
AGENTE DE POLICIA

MARCIENE DE CARVALHO SOUSA
MARCIENE DE CARVALHO SOUSA - Relatante
Responsável pela Informação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.00/389/2018-15

Delegado de Polícia

[Handwritten signature]



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguredolider.com.br> ou ligue para o SAM - 0800 08 31 02 - 12 ou 0800 02 12 04 (exceto aos dias úteis com deficiência ou doença do talo).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com a data da ocorrência do acidente de trabalho (AT) ou do acidente doméstico (AD) e o nome do Representante Legal (se aplicável), sem rasuras. O Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 14 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Quando o Representante Legal assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 15 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assalvada por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deve ser assinado pela vítima e pelo representante legal no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome completo da vítima

MARCELO DE CARVALHO SOUZA

Idade em anos

44 anos

Data do acidente

30-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Assinatura pelo Representante Legal

Nome do Representante Legal

Endereço

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do seguro de vida em caso de morte do Segurado DPVAT (Lei nº 5.194/67). Uma vez que:

Assinatura uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML, na região do acidente ou da minha residência, não realiza perícias para fins do seguro de vida em caso de morte do Segurado DPVAT.

☐ O estabelecimento do IML, na região do acidente ou da minha residência, não realiza perícias para fins do seguro de vida em caso de morte do Segurado DPVAT.

Declaro, sob as penas da lei, que o exame clínico realizado pelo médico do Seguro de Vida para a cobertura de invalidez permanente causada por acidente de trabalho ou acidente doméstico, realizado pelo médico do Seguro de Vida, não permite o prosseguimento da análise de minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML) em atendimento de exigência estabelecida pelo médico e pelas regras da Seguradora Líder - DPVAT para a cobertura da existência e afiliação da vítima do acidente de trabalho ou do acidente doméstico para os fins do seguro de vida em caso de morte do Segurado DPVAT.

Declaro, sob as penas da lei, que a documentação apresentada pelo laudo do IML não atende às exigências estabelecidas pelo médico do Seguro de Vida para a cobertura de invalidez permanente causada por acidente de trabalho ou acidente doméstico, realizado pelo médico do Seguro de Vida, não permite o prosseguimento da análise de minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML) em atendimento de exigência estabelecida pelo médico e pelas regras da Seguradora Líder - DPVAT para a cobertura da existência e afiliação da vítima do acidente de trabalho ou do acidente doméstico para os fins do seguro de vida em caso de morte do Segurado DPVAT.

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal