



Número: **0811494-52.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                 |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|-----------------|
| FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA (AUTOR)                     |                    | ARTHUR LENNON ALVES MENESES (ADVOGADO) |                 |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                        |                 |
| Documentos                                                 |                    |                                        |                 |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo            |
| 5081720                                                    | 19/05/2019 11:26   | <a href="#">Petição Inicial</a>        | Petição Inicial |
| 5081723                                                    | 19/05/2019 11:26   | <a href="#">Procuração e BO</a>        | Procuração      |
| 5081724                                                    | 19/05/2019 11:26   | <a href="#">Laudos 01</a>              | Documentos      |
| 5081727                                                    | 19/05/2019 11:26   | <a href="#">Laudos 02</a>              | Documentos      |

Segue petição em anexo.



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE Francisco Edson Cunha da Silva.  
nacionalidade: BRASILEIRO, inscrito(a) sob o CPF nº 633.678.953-05 e RG  
nº 3.343.547, residente e domiciliado(a) na R. CANAÃ, 8250, TABAJARAS  
TERESINA -PI. 64067-110.

pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, nomeia e constitui seus bastante  
procuradores

OUTORGADOS, ARTHUR LENNON ALVES MENESES e JEFFERSON LIMA DA SILVA, advogados  
inscritos na OAB/PI sob os números 15.984 e 15.658, com escritório localizado à Av. 19 de  
outubro, 1079, bairro: Lourival Parente, Teresina-PI,

A quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral à defesa de seus direitos e  
interesses, com a "cláusula ad judicium e et extra" a fim de que agindo em conjunto ou  
separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo,  
Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação  
competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-os quando for réu,  
interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo,  
recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar  
compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com  
ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o  
bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Teresina, 20 de janeiro de 2019.

Francisco Edson Cunha da Silva  
OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Francisco Edson Cunha da Silva

CARTeira de Identidade

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
C 8 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ALGORITMO 3.343.547  
DATA DE EMISSÃO 28/03/19

NOME FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

FLAVIANO  
MÁRIA APARECIDA CHAVES CUNHA  
FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

NATURA/CIDADE TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 21/10/1996

CERT. NASC. 2803 L A-04 F 51  
EXP TERESINA-PI, 20/05/00

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.230/93

CÓDIGO DE CONTROLE  
7910.2379.2007.C757

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:12:26 do dia 29/03/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 633.677.953-05

Nome FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Nascimento 21/10/1996



Para contato conosco, informe esse JMEIRO!!

SEU CÓDIGO

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

Nº da Nota Fiscal 019181534

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

VENCIMENTO  
25-03-2019

CONSUMO  
375

TOTAL A PAGAR (R\$)  
326,56

MARIA APARECIDA C CUNHA  
R. CANAA 8250 S/C  
CPF: 00070590125320  
CEP: 64.067-110 - TERESINA

TABAJARAS

ROT: 11.001.42.47.043100

|                             |        |                  |            |
|-----------------------------|--------|------------------|------------|
| Atual:                      | 24111  | Atual:           | 18/03/2019 |
| Anterior:                   | 23736  | Anterior:        | 15-02-2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  | Próxima Leitura: | 16-04-2019 |
| Consumo Medido:             | 375    | Emissão:         | 15-03-2019 |
| Consumo Faturado:           | 375    | Apresentação:    | 18-03-2019 |
| Forma de Pagamento:         | NORMAL | Consumo:         | 31         |

| Classe/Subclasse     | Ligação    | Número Medidor                 | Poste     | Código Fat. | Média 12 meses |
|----------------------|------------|--------------------------------|-----------|-------------|----------------|
| RESID. BAIXA RENDA   | MONO       | 1506700                        |           | 1-4-1-1     | 420            |
| Mês/ano consumo      |            |                                |           |             |                |
| FEV/19               | 439        | CONSUMO                        | 30 A R\$  | 0,313223 =  | 9,39           |
| JAN/19               | 333        |                                | 70 A R\$  | 0,536967 =  | 37,58          |
| DEZ/18               | 363        |                                | 120 A R\$ | 0,805452 =  | 96,65          |
| NOV/18               | 760        |                                | 155 A R\$ | 0,894961 =  | 138,71         |
| OUT/18               | 672        | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) |           |             | 22,77          |
| SET/18               | 552        | DIFERENCA DE TARIFA            |           |             | 65,52          |
| AGO/18               | 405        | SUBVENCAO BAIXA RENDA          |           |             | 44,06          |
| JUL/18               | 242        |                                |           |             |                |
| JUN/18               | 294        |                                |           |             |                |
| MAI/18               | 278        |                                |           |             |                |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |            |                                |           |             |                |
| 0 A 30               | - 0,210590 |                                |           |             |                |
| 31 A 100             | - 0,361820 |                                |           |             |                |
| 101 A 200            | - 0,541530 |                                |           |             |                |
| 221 A 375            | - 0,681710 |                                |           |             |                |

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/ano: 02/2019 Valor: 402,43

Devido ao atraso no pagamento do fornecimento de energia elétrica, a partir de 02-04-2019, em função das contas previstas nesta fatura, o não pagamento poderá ensejar também a inclusão de nome do consumidor no SERASA. Informamos que as contas em atraso não serão mais reavaliadas no valor de R\$ 11.172,49 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 0484.1077.7E8F.6751.0FDE.00C5.3A82.AFD3

|               |        |                  |        |        |
|---------------|--------|------------------|--------|--------|
| Distribuição: | 67,49  | Base de Cálculo: | 347,85 | 253,93 |
| Energia:      | 130,41 | Alíquota ICMS:   | 27,00% |        |
| Transmissão:  | 22,07  | Valor do ICMS:   |        | 93,91  |
| Encargos:     | 13,91  | Valor do PIS:    | 1,41%  | 3,58   |
| Tributos:     | 113,97 | Valor do COFINS: | 6,49%  | 16,48  |

|      |      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0,00 |      | 0,00 |      |      |      | 0,00 |

ROT: 11.001.42.47.043100



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0350191-4

TOTAL A PAGAR - R\$

326,56

MÊS FATURADO

03/2019

VENCIMENTO

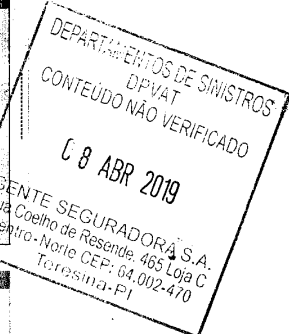
25-03-2019

Nº da Nota Fiscal: 019181534 FCAM

83660000003 5 26560017000 4 00000000350 9 19140319008 2



SEQ.: 00287 UC: 0350191-4 DT.LEIT.: 18/03/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 24111 NORMAL TOTAL: 326,56 CARGA: 047  
DT.VENC.: 25-03-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 9301





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000291/2019-07**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 02/04/2019 - 12:33

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. VEREADOR JOEL LOUREIRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/12/2018 - 19:00

Bairro

PEDRA MOLE

Ponto de Referência

COMERCIAL CARVALHO

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MARCOS PAULO MARTINS

RG: 2861115 SSP PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO MARTINS

Endereço: RUA CANAÃ, Nº 8250

Complemento: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Bairro: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9987-5075 86-9494-4513

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA

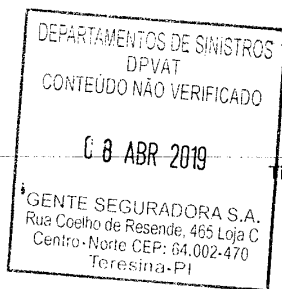
Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Endereço: RUA CANAÃ, Nº 8250

Bairro: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV. VEREADOR JOEL LOUREIRO, SENTIDO NORTE SUL, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO 2011/2011, COR VERMELHA, PLACA ODZ-8779 TERESINA PI, RENAVAM 00361054173, PROPRIEDADE DE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA, CONDUZINDO À VÍTIMA ACIMA RELACIONADO, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO, DE MARCA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DA MOTOCICLETA, PERDEU O CONTROLE E VEIO À CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº175777. FOI ARROLADO COMO TESTEMUNHA, MARIANO DA CONCEIÇÃO, RUA CANAÃ, 8094, CONJUNTO ANITA FERRAZ, TERESINA PI.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150  
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

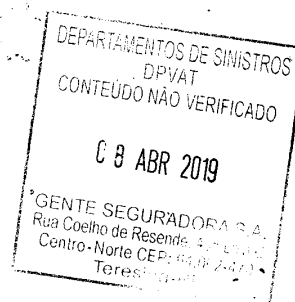




**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisco Edson Cunha da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 175 777



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





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



# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                       |                      |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA                                                  |                      | Prontuário: 175777                |
| Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA                                                     |                      | Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA |
| End. Resid.: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                      |                                   |
| Nascimento: 21/10/1996                                                                | Idade: 22a2m6d       | Sexo: Masculino Fone: - -         |
| Responsável: CARLA                                                                    | CNS: 200578217090007 | CPF: * RG: -                      |
| Profissão: ESTUDANTE                                                                  | E.Civil: Solteiro(a) |                                   |
| Instrução: Fundamental Completo                                                       |                      |                                   |
| End. Local: - - -                                                                     |                      |                                   |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                           |                           |                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| Código: 700251                            | Data: 27/12/2018 20:00:46 | Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS |
| Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES | Convênio: S U S           |                                           |
| Cid. Trab.: Não                           | Trajetos?: Não            | Tipico: Não CID Secundário:               |

## DADOS CLÍNICOS:

|                            |  |  |              |               |              |            |
|----------------------------|--|--|--------------|---------------|--------------|------------|
| A _____ X _____ mmHg       |  |  | Pulso: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____ | CID: _____ |
| Diagnóstico Inicial: _____ |  |  |              |               |              |            |

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

|       |  |
|-------|--|
| _____ |  |
| _____ |  |
| _____ |  |

|                   |                  |                           |                                                   |
|-------------------|------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|
| ALTA:             | ( ) Melhorado    | ( ) Administrativa        | ( ) Retornar à Unid. Origem: _____                |
|                   | ( ) Curado       | ( ) Por Indisciplina      | ( ) Transferência: _____                          |
| ÓBITO:            | ( ) Inalterado   | ( ) Por Evasão            | DATA SAÍDA: ____/____/____. HORA: ____:____:____. |
|                   | ( ) A Pedido     |                           | ( ) Internação na Unidade                         |
| DESTINO:          |                  | Proced. Solicitado: _____ |                                                   |
| ( ) Até 24 Hs     | ( ) Família      | CID Compatível: _____     |                                                   |
| ( ) De 24 a 48 Hs | ( ) IML          | Prof. Solicitante         |                                                   |
| ( ) Após 48 Hs    | ( ) Anat. Patol. | Internação: _____         |                                                   |

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: ARTHUR LENNON ALVES MENESES - 19/05/2019 11:25:49  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051911254933200000004873509  
Número do documento: 19051911254933200000004873509



Assinado eletronicamente por: ARTHUR LENNON ALVES MENESES - 19/05/2019 11:25:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051911254933200000004873509>  
Número do documento: 19051911254933200000004873509



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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



Imp: 27/12/2018 20:41:33

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                             |                                          |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Nome:</b> FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA                                                 |                                          | <b>Prontuário:</b> 175777               |
| <b>Mãe:</b> MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA                                                    | <b>Pai:</b> FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA |                                         |
| <b>End.Resid.:</b> RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                                          |                                         |
| <b>Nascimento:</b> 21/10/1996                                                               | <b>Idade:</b> 22a2m6d                    | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> - - |
| <b>Responsável:</b> CARLA                                                                   |                                          | <b>CNS:</b> 200578217090007             |
| <b>Profissão:</b> ESTUDANTE                                                                 |                                          | <b>CPF:</b> * <b>RG:</b> -              |
| <b>G. Instrução:</b> Fundamental Completo                                                   |                                          | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)             |
| <b>End.Local.:</b> - - -                                                                    |                                          |                                         |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                  |                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 700251                            | <b>Data:</b> 27/12/2018 20:00:46 | <b>Condução:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS |
| <b>Motivo da Procura:</b> DOR MEMBROS INFERIORES |                                  | <b>Convênio:</b> S U S                           |
| <b>Acid.Trab.:</b> Não                           | <b>Trajetos?:</b> Não            | <b>Típico:</b> Não <b>CID Secundário:</b>        |

**DADOS CLÍNICOS:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|                      |              |               |              |
|----------------------|--------------|---------------|--------------|
| A _____ X _____ mmHg | Pulso: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| Diagnóstico Inicial: |              |               | CID:         |

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Patricia Virna Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAME - HUT  
FOTOCOPIAR COMO ORIGINAL

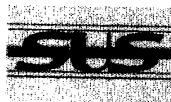
|                                                                               |                                                                |                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ALTA:</b><br>( ) Melhorado<br>( ) Curado<br>( ) Inalterado<br>( ) A Pedido | ( ) Administrativa<br>( ) Por Indisciplina<br>( ) Por Evasão   | ( ) Retornar à Unid. Origem: _____<br>( ) Transferência: _____                                                                                              |
|                                                                               | <b>DATA SAÍDA:</b> ____ / ____ / ____ <b>HORA:</b> ____ : ____ |                                                                                                                                                             |
| <b>ÓBITO:</b><br>( ) Até 24 Hs<br>( ) De 24 a 48 Hs<br>( ) Após 48 Hs         | <b>DESTINO:</b><br>( ) Família<br>( ) IML<br>( ) Anat. Patol.  | ( ) Internação na Unidade<br><b>Proced. Solicitado:</b> _____<br><b>CID Compatível:</b> _____<br><b>Prof. Solicitante</b> _____<br><b>Internação:</b> _____ |

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: ARTHUR LENNON ALVES MENESES - 19/05/2019 11:25:49  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051911254933200000004873509  
Número do documento: 19051911254933200000004873509



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>229856</b>            |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                  |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 5-Nome: <b>FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA</b>                                    | 6 - Prontuário: 175777 |
| 7-CNS: 200578217090007 8-Nascimento: 21/10/1996 9-Sexo: Masculino                |                        |
| 11-Mãe: <b>MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA</b>                                      | 12-Fone: - -           |
| 13-Resp: <b>CARLA</b>                                                            | 14-Cor: Sem Informação |
| 15-Ender: <b>RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - CEP: 64000-010</b>        |                        |
| 16-Munic: <b>TERESINA</b> 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: 64000-010 |                        |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>POS OP TARDIO (6 ANOS) FRAT TIBIA DIREITA<br/>EVOLUI COM SAIDA DE SECRECAO PURULENTE E SINAIS FLOGISTICOS</b> | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEUDO NÃO VERIFICADO<br>C 8 ABR 2019<br>GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 401<br>Centro - Teresina - PI 64.002-470 |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br><b>NECESSITA TRATAMENTO CIRURGICO</b>                                                                            | Patricia Viana Sales Leão<br>Matricula: 027499<br>SANE - HUT<br>CONFERE COM O ORIGINAL                                                                                     |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><b>EX CLINICO</b>                                                        |                                                                                                                                                                            |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br><b>Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados</b>                                                                    | 24-CID Prin: L989 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:                                                                                                                              |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                           |                                                                                                              |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 28-Cod.Proced.: <b>0413040178</b>                                                         | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA</b> | Tempo SUS<br>3                |
| 29-Clinica:                                                                               | 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:<br><b>02 01 CPF 746.635.933-72</b>                       |                               |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>27/12/2018</b>                                                                    | 35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM) |

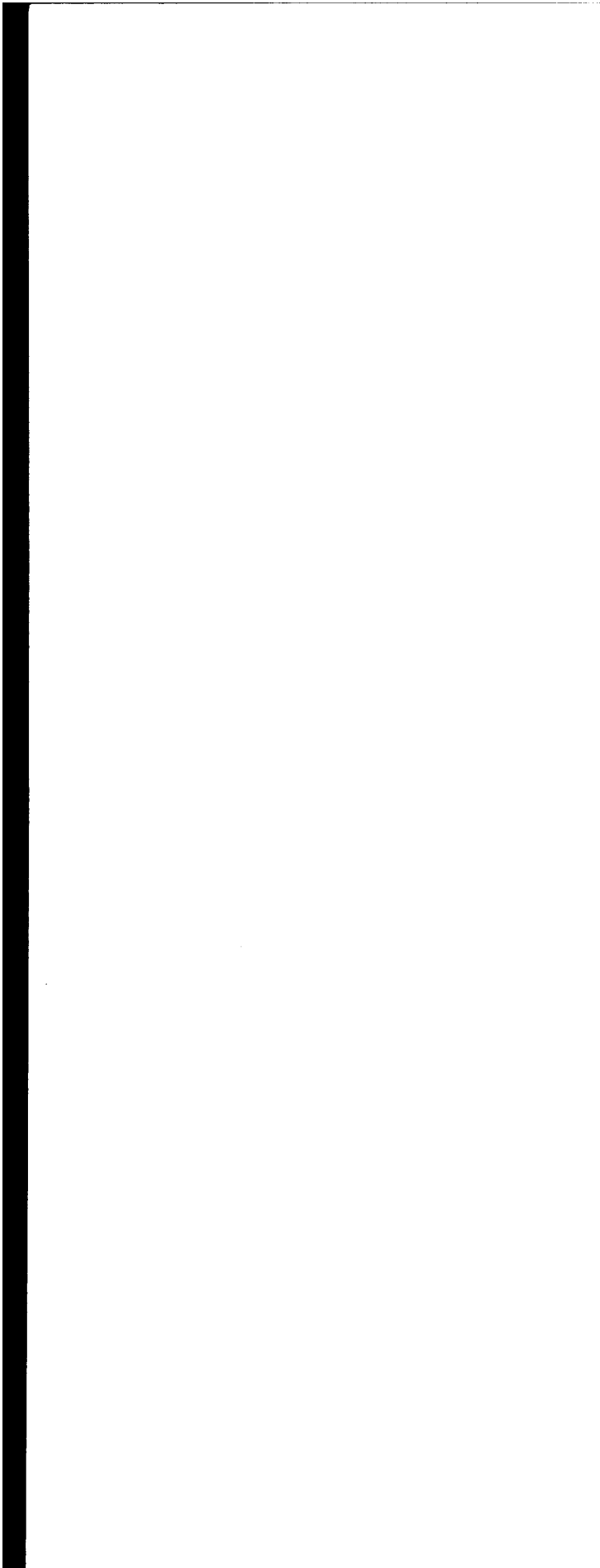
## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                                                               |                     |                  |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 36- ( ) Acidente de Trânsito                                                                                                  | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No.Bilhete:   | 41-Série: |
| 37- ( ) Acidente Trabalho Típico                                                                                              | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOR:  |
| 38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                                                             |                     |                  |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência:<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |                  |           |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                          |                      |                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                   | 47-Data Autorização: | 100119<br>Marcondes Martins S. Moura<br>Médico Auditor - FMS - Teresina<br>CNS 17026395120001   |
| 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF                         | 49-Num. Documento:   |                                                                                                 |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><i>Carla</i> |                      | Usuário: (LAO TSE)<br>Consulta Local: 700251<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 27/12/2018 20:36:17 |





3



|                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | <b>Nº LAUDO:</b> 163018   |
|                                                                    | <b>AIH:</b> 2218102660213 |
| <b>FORMA DE ENTRADA:</b> PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                   |                           |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | <b>CNES</b><br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | <b>CNES</b><br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                      |                                                           |                                 |                                                       |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b><br>200578217090007 | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA | <b>NASCIMENTO</b><br>21/10/1996 | <b>SEXO</b><br>M                                      | <b>PRONTUÁRIO</b><br>175777 |
| <b>DOCUMENTO</b><br>86995214180      | <b>CPF</b><br>86995214180                                 | <b>TELEFONE</b><br>86995214180  | <b>NOME DA MÃE</b><br>MARIA APARECIDA CHAVES DA CUNHA | <b>RESPONSÁVEL</b><br>CARLA |
| <b>CEP</b><br>RUA CANAA              | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b><br>RUA CANAA                 | <b>NUMERO / LOTE</b><br>8250    |                                                       |                             |
| <b>BAIRRO</b><br>TABAJARAS           | <b>COMPLEMENTO</b>                                        | <b>MUNICÍPIO</b><br>TERESINA    | <b>UF</b><br>PI                                       |                             |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

POS OP TARDIO(06) FRATURA TIBIA DIREITA, EVOLUI COM SAIDA DE SECRECAO PURULENTE E SINAIS FLOGISTICOS

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX CLINICO, RX

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                                                                                                                   |                          |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>L989 - AFECÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO NAO ESPECIFICADOS | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

|                                                |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA<br>CPF: 74663593372 |
| <b>CARÁTER</b><br>URGENCIA                     | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>27/12/2018                                                                                         |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>27/12/2018 20:00       | <b>DATA ALTA</b><br>30/12/2018 09:15                                                                                          |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>MELHORADO                |                                                                                                                               |

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LESÃO</b> |
|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>ERICA PATRICIA CHAVES<br>CPF: 89671341349 | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br>PATRICIA VINHA SALES LEÃO<br>Matricula: 027489<br>SAME - HUT<br>CONFERE COM O ORIGINAL |
| <b>CRM:</b>                                                                                                         | <b>DATA ANALISE:</b> 27/12/2018 21:01:12                                                                                                                       |
| <b>CPF:</b>                                                                                                         | <b>DATA ANALISE:</b>                                                                                                                                           |

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





5081724





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 28/12/2018

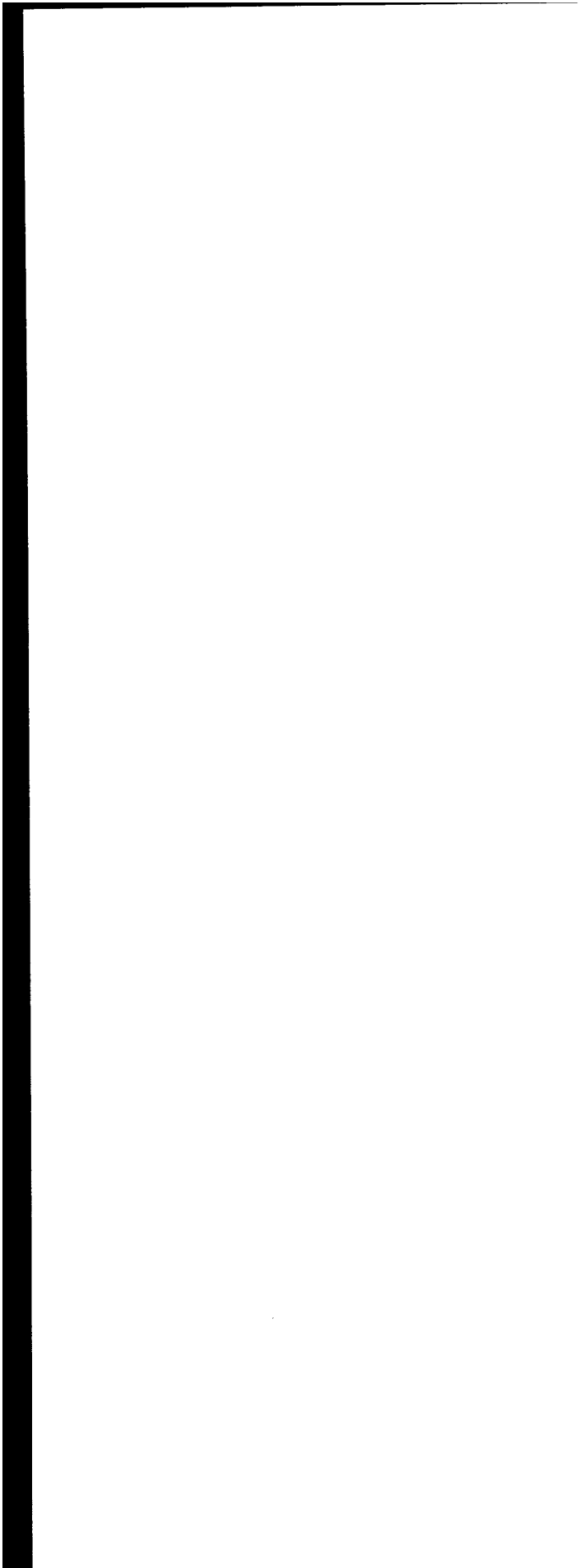
|                                                      |                                             |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Edson Cunha L. L.</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>177.777.</u>              |
| DIAGNÓSTICO: <u>Infecção pós-operatória</u>          | CIRURGIA: <u>Retirada de placa e pontos</u> |
| ANESTESIA: <u>Raqui</u>                              | Nº DA SALA: <u>+ Lenc. (Pun.)</u>           |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Wilmário L. Costa</u>              | CPF Nº: _____                               |
| AUXILIAR: _____                                      | CPF Nº: _____                               |
| ANESTESISTA: <u>Dr. Milena</u>                       | CPF Nº: _____                               |
| INSTRUMENTADORA: <u>Conceição</u>                    | CPF Nº: _____                               |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO         | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                                                        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-----------------------|-------|--------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25x8           | UNID. | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI                                                                                    | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30x8           | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 7.0                                                                                          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40x12          | UNID. |        |       | LUVA Nº 7.5                                                                                          | PAR    | 01     |       |
| AGULHA RAQUE          | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                                                                                 | PAR    | 04     |       |
| ÁLCOOL 70%            | ML    | 80     |       | PVPI DE GERMANTE                                                                                     | ML     | 150    |       |
| ALGODÃO               | BOLA  |        |       | PVPI TÓPICO                                                                                          | ML     | 150    |       |
| ÁGUA OXIGENADA        | ML    |        |       | PVPI TINTURA                                                                                         | ML     |        |       |
| COMPRESSA             | PAC.  | 02     |       | SERINGA 20CC                                                                                         | UNID.  |        |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA     | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC                                                                                         | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO           | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC                                                                                          | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº            | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC                                                                                          | UNID.  |        |       |
| FORMOL                | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO                                                                                     | FRASCO | 01     |       |
| GASES                 | PAC.  | 05     |       | SONDA URETRAL                                                                                        | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº              | UNID. | -      |       | Cateter 02                                                                                           |        | 01     |       |
| FIOS                  | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA:<br>Eletródos - 05 unid.<br>Escovas - 03 unid.<br>Grepom - 02 unid.<br>Folha de soro - 01 |        |        |       |
| CAT.GUT.SIMPLES C/AG. |       |        |       |                                                                                                      |        |        |       |
| CAT.GUT.SIMPLES S/AG. |       |        |       |                                                                                                      |        |        |       |
| CAT.GUT.CROMADO C/AG. |       |        |       |                                                                                                      |        |        |       |
| CAT.GUT.CROMADO S/AG. |       |        |       |                                                                                                      |        |        |       |
| ALCOFIL               |       |        |       | ENFERMARIA:<br>CIRCULANTE: <u>Salvador Martinho</u>                                                  |        |        |       |
| MONONYLON 2-0         |       | 01     |       |                                                                                                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL        |       |        |       |                                                                                                      |        |        |       |
| VICRYL                |       |        |       |                                                                                                      |        |        |       |
| PROLENE               |       |        |       |                                                                                                      |        |        |       |

Patricia Virna Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL









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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

|                            |  |               |                                                         |     |  |
|----------------------------|--|---------------|---------------------------------------------------------|-----|--|
| Nome do Paciente           |  |               | Francisco Edson Azeiteiro de Jesus                      |     |  |
| Diagnóstico pré-operatório |  |               | Infarto agudo do miocárdio do tipo ST-segmento elevados |     |  |
| Operação - Tipo            |  |               | Reparo de parede + LMC Pericárdio                       |     |  |
| Cirurgião                  |  | 1º Assistente |                                                         |     |  |
| 2º Assistente              |  | 3º Assistente |                                                         |     |  |
| Instrumentador(a)          |  | Anestesia     |                                                         |     |  |
| Anestésico(a)              |  |               |                                                         |     |  |
| Data da Operação           |  | Início        |                                                         | Fim |  |
| 28.12.2018                 |  | 08:30         |                                                         |     |  |
| Diagnóstico Pós-operatório |  |               |                                                         |     |  |
| O msc                      |  |               |                                                         |     |  |

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não houve

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| 1   | Pericárdio                        |
| 2   | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 3   | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 4   | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 5   | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 6   | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 7   | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 8   | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 9   | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 10  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 11  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 12  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 13  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 14  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 15  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 16  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 17  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 18  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 19  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 20  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 21  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 22  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 23  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 24  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 25  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 26  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 27  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 28  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 29  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 30  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 31  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 32  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 33  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 34  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 35  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 36  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 37  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 38  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 39  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 40  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 41  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 42  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 43  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 44  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 45  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 46  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 47  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 48  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 49  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 50  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 51  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 52  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 53  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 54  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 55  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 56  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 57  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 58  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 59  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 60  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 61  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 62  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 63  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 64  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 65  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 66  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 67  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 68  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 69  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 70  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 71  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 72  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 73  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 74  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 75  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 76  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 77  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 78  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 79  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 80  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 81  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 82  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 83  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 84  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 85  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 86  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 87  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 88  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 89  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 90  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 91  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 92  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 93  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 94  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 95  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 96  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 97  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 98  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 99  | Reparo de parede + LMC Pericárdio |
| 100 | Reparo de parede + LMC Pericárdio |

Patrícia Viana Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAME - HUT  
CONFERE COMO ORIGINAL

Dr. Wladimir L. Costa  
CRM-PI 4740/CRM-MA 6563  
TEOT: 13063

Mod. 76 HUT



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

|                                           |                 |              |                         |
|-------------------------------------------|-----------------|--------------|-------------------------|
| Nome: <b>Francisco Edson Cunha de Sil</b> | Sala: <b>01</b> | Alergia:     | Data: <b>28.12.2018</b> |
| Procedimento: <b>Ve</b>                   | Cirurgião:      | Observações: |                         |

[illegible]

## Acesso Vascular

- Periférico \_\_\_\_\_  
Cat. Venoso nº \_\_ G
- Dificuldade aces. venoso  
Gastos \_\_ cateteres
- Central \_\_\_\_\_

### Via Aérea

- ☒ Cateter nasal  
☐ IOT nº \_\_\_\_\_  
☐ LMA nº \_\_\_\_\_

**Monitorização:**

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

### Anesthesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

**Decúbito:**

|                   |
|-------------------|
| SPO2 (%)          |
| ETCO2 (mmHg)      |
|                   |
|                   |
| Aces. Venoso      |
| Aces. Venoso      |
|                   |
| Diurese           |
| Perdas Sanguíneas |

Descrição da Anestesia: Bloqueio Subaracnóideo e mescalina 0,5% porada

12mg + morphine 8mg. Upright class.

Dr. Milena R. Bexera

2742  
Anestesiologista





UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

DE URGÊNCIA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                       |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|-------------------|
| NOME DO PACIENTE                                      |                                                    | PRONTUÁRIO | DATA NASC  | IDADE | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
| FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA                        |                                                    | 175777     | 21/10/1996 | 22    | Ortopédica | 232        | 235   |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                   | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                  |            |            |       |            |            |       |                   |
| DI: 27/12/2018                                        | INFECÇÃO PERNA D                                   |            |            |       |            |            |       |                   |
| 30/12/18                                              |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| 1                                                     | Dieta oral livre                                   |            |            |       |            |            |       |                   |
| 2                                                     | Jelco salinizado                                   |            |            |       |            |            |       |                   |
| 3                                                     | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| 4                                                     | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs             |            |            |       |            |            |       |                   |
| 5                                                     | Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                        |            |            |       |            |            |       |                   |
| 6                                                     | Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                   |            |            |       |            |            |       |                   |
| 7                                                     | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN |            |            |       |            |            |       |                   |
| 8                                                     | Cuidados gerais e sinais vitais                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| 09.13. Parente de alto hospitalar.                    |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT11305                 |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |

Patricia Lima Sales Leão  
Matrícula: 027499  
CONFERIR COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SIN  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
6 8 ABR 2019  
COMPANHIA SEGURO S.A.  
Centro de Resende, 465 Loja C  
Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



Patricia Virna Sales  
Matrícula: 027.993  
SAME - HUR  
CONFERE COMO O



Assinado eletronicamente por: ARTHUR LENNON ALVES MENESES - 19/05/2019 11:25:49

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051911254939500000004873512>

Número do documento: 19051911254939500000004873512

Num. 5081727 - Pág. 5

| NOME DO PACIENTE      | PRONTUÁRIO                                   | CLÍNICA  | ENF. OU AP              | LEITO                                                                                                                                                                    | MÉDICO ASSISTENTE |
|-----------------------|----------------------------------------------|----------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Francisco Edson Cunha | 121                                          | 121      | 232                     | 235                                                                                                                                                                      |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO   | PRESCRIÇÃO MÉDICA                            | HORÁRIOS | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                              |                   |
| 08/12/2018            |                                              |          |                         | 12:20 - Paciente admi-<br>tido em POI LMC +<br>retirada de placa<br>perna D, consiente,<br>orientado, básico.<br>Desconhece alergias<br>a medicamentos e<br>comorbidades |                   |
| 1                     | DIETA ORAL LIVRE                             |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 2                     | SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA                    |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 3                     | CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS                    |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 4                     | RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, 8/8 h          |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 5                     | DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h            |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 6                     | TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h          |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 7                     | TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 8                     | CUIDADOS GERAIS                              |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 0                     |                                              |          |                         |                                                                                                                                                                          |                   |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DESVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Niterói CEP: 24.002-470  
Teresina - PI

Patrícia Viana Sales Leite  
Matrícula: 027499  
SAME - FMT  
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 ABR 2019  
4 GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

Patricia Viana Sales Leite  
Matricula: 027499  
SAME - MUT  
CONFERE COMO



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA**

NOME Francisco Edison Benta de Siqueira IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 28/12/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 9 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO       |               |
|---------------------------------|---------------|---------------|
|                                 | ADMISSÃO      | SAÍDA         |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>104x80</u> |               |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>54</u>     | <u>62</u>     |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>92%</u>    | <u>96%</u>    |
| TEMPERATURA AXILAR (O° C)       |               |               |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   |               |               |
| NOME/MATRÍCULA                  | <u>Paula</u>  | <u>Dayana</u> |

| ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK |                                                                                             | ADMISSÃO |                                     | SAÍDA                               |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR          | Movimenta os quatro membros                                                                 | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Movimenta dois membros                                                                      | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| RESPIRAÇÃO                  | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | 1        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
|                             | Tem apnéia                                                                                  | 0        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| CIRCULAÇÃO                  | PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | PA em 20-49% do nível anestésico                                                            | 1        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
|                             | PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| CONSCIÊNCIA                 | Esta lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Desperta, se solicitado                                                                     | 1        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
|                             | Não responde                                                                                | 0        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| SATURAÇÃO O <sub>2</sub>    | É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
|                             | Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| ESCALA DE DOR ADMISSÃO      |                                                                                             |          |                                     |                                     |
| ESCALA DE DOR ALTA          |                                                                                             |          |                                     |                                     |
| TOTAL                       | <u>09</u>                                                                                   |          |                                     |                                     |
| ASS.                        | <u>09</u>                                                                                   |          |                                     |                                     |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 08 ABR 2019  
 GENTE SEGURADORA  
 Rua Opelho de Resende, 465 Lda  
 Centro - Norte CEP: 64.000-000  
 Teresina - PI

|                     |                    |                    |         |                |                          |                   |
|---------------------|--------------------|--------------------|---------|----------------|--------------------------|-------------------|
| ( ) SONDAS VESICAIS | ( ) DRENO DE SUÇÃO | ( ) DRENO TORACICO | ( ) DVE | ( ) COLOSTOMIA | ( ) SONDAS NASOGÁSTRICAS | ( ) NASOGÁSTRICAS |
| hs mL               | hs mL              | hs mL              | hs mL   |                |                          |                   |
| hs mL               | hs mL              | hs mL              | hs mL   |                |                          |                   |

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

09:30 Admitido no SRPA com POF de 1to cirurgico  
para futura tálua D. submetido a raque. consciente, cal-  
mo, responde, respirando a.c. m

11:08 alta do SRPA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Alcino S.

HORÁRIO

Dra. Alyne A. Lima Melo  
 Médica Anestesiologista  
 CRM-PI 200517-1

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

[ ] [ ] [ ] [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 24087 - Em: (27/12/2018)**

|             |                       |            |          |             |          |                                    |
|-------------|-----------------------|------------|----------|-------------|----------|------------------------------------|
| Atendimento | Prontuário: Paciente: | Dt. Nasc.  | Clínica: | Enfermaria: | Leito:   | Médico Assistente:                 |
| 229856      | 175777                | 21/10/1996 | POSTO 2  | ANEXO       | EXTRA 05 | LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA |

**Diagnóstico/Comorbidades:**  
OSTEOMIELOITE TIBIA DIREITA

**Alergias:**

| Seq.:        | Descrição-Apresentação/Observação:                             | Dose: | Unid.: | Via: | Int.:  | Recons: | Dil. Vol.: | Horários: | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:                 |
|--------------|----------------------------------------------------------------|-------|--------|------|--------|---------|------------|-----------|------------------------------------------|
| <b>Dieta</b> |                                                                |       |        |      |        |         |            |           |                                          |
| 1            | ORAL Tipo LIVRE, Enelease Nutricional NUTRICIONISTA GRNLE 2600 |       |        |      |        |         |            |           | 21.01.2019. Admitido e prescrito         |
| 2            | GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSEADO"                     | 1,00  | Frasco | EV   | 12/12h |         |            |           | 21.01.2019. Prescrito em plano cirúrgico |
| 3            | CEFALOFINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.                           | 1,00  | Ampola | EV   | 6/6h   |         |            |           | 21.01.2019. Prescrito em plano cirúrgico |
| 4            | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.                            | 1,00  | Ampola | EV   | 6/6h   |         |            |           | 21.01.2019. Prescrito em plano cirúrgico |
| 5            | TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.                              | 1,00  | Ampola | EV   | 12/12h |         |            |           | 21.01.2019. Prescrito em plano cirúrgico |
| 6            | TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL                                   | 1,00  | Ampola | EV   | 12/12h |         |            |           | 21.01.2019. Prescrito em plano cirúrgico |
|              | Em 100ML de SFO, 9%                                            |       |        |      |        |         |            |           |                                          |
|              | RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.                                | 1,00  | Ampola | EV   | 12/12h |         |            |           | 21.01.2019. Prescrito em plano cirúrgico |

Observações Gerais: SINAIS VITAIS DE 6/6H

CIRURGIA AMANHÃ DR WILANILDO

Patricia Viana Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Maga comorbidades e  
alergias. Cirurgia p/  
avaliar (28/12) e 1º  
W. 1º de 1º. Drenado 1º  
(para avaliação cirúrgica)  
130784  
06h PA-09X06. Dadey





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)  
Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 21/10/1996 Idade: 15a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 49932  
Requisição: 196250 Solicitação: 16/01/2012 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA  
Controle: 252103 Convênio: S U S OBSERVAÇÃO UNICA (TRANSF.) LEITO ÚNICO

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 16/01/2012

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

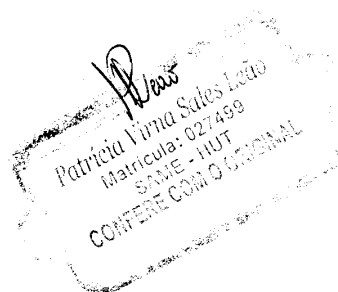
- Fratura alinhada em consolidação no terço distal da diáfise da tíbia, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(ANTONIO

TERESINA - PI 15/07/2012

**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000  
Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)  
 Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 21/10/1996 Idade: 22a3m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700251  
 Requisição: 905496 Solicitação: 27/12/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
 Controle: 1125935 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 27/12/2018

**TORNOZELO DIREITO**

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na tibia distal.
- Partes moles sem particularidades.

**CONCLUSÃO:** Fratura na tibia distal.

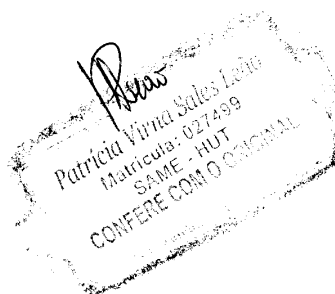
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável







**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)  
 Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 21/10/1996 Idade: 22a3m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700251  
 Requisição: 905496 Solicitação: 27/12/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
 Controle: 1125936 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 27/12/2018

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na tíbia distal.
- Partes moles sem particularidades.

**CONCLUSÃO:** Fratura na tíbia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

