



Número: **0802122-13.2019.8.18.0065**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Pedro II**

Última distribuição : **04/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS (AUTOR) | CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

| Documentos | | | |
|-------------|--------------------|---|-----------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 62214 35 | 04/09/2019 22:37 | <u>Petição Inicial</u> | Petição Inicial |
| 62214 37 | 04/09/2019 22:37 | <u>DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO</u> | Documentos |
| 62214 38 | 04/09/2019 22:37 | <u>documentos DPVAT (1)</u> | Documentos |
| 62214 39 | 04/09/2019 22:37 | <u>documentos DPVAT (2)</u> | Documentos |
| 62214 40 | 04/09/2019 22:37 | <u>DOCUMENTOS MÉDICOS PARTE 01</u> | Documentos |
| 62214 41 | 04/09/2019 22:37 | <u>DOCUMENTOS MÉDICOS PARTE 02</u> | Documentos |
| 62214 42 | 04/09/2019 22:37 | <u>PROCURAÇÃO, DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA E DOCUMENTOS PESSOAIS</u> | Documentos |
| 62214 93 | 04/09/2019 22:37 | <u>REGISTRO DE OCORRÊNCIA E SOLICITAÇÃO SE SOCORRO SAMU</u> | Documentos |

PETIÇÃO INICIAL EM PDF.



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES - 04/09/2019 22:37:19
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090422371945100000005952410>
Número do documento: 19090422371945100000005952410

Num. 6221435 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ANTONINO FERREIRA MARTINS,
RG nº 395.186, data de expedição 09/08/2017
Órgão SSPPI, portador do CPF nº 272.214.312-72,
com domicílio na cidade de PEDRO II, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DESEMBARGADOR ÁLVARO BRANÇAO, nº 209,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS, cujo o condutor era

Veículo: MOTÓ Modelo: HONDA/CG125 TITANS Ano: 2000
Placa: 2WE2910 Chassi: 9C2JC30101R021564
Data do Acidente: 28/03/2018

Local e Data:

PEDRO II - PIAUÍ 08/04/2019X Antonino Ferreira Martins
Assinatura do DeclaranteAssinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO "GALVÃO OLIVEIRA" 2º OFÍCIO
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A(S) FIRMA(S)
DE: Antonino Ferreira
Martins

EM TESTIMUNHO DA VERDADE
PEDRO II, 08/04/2019



Sel. Oficial Dras de Oliveira Júnior
Tabelião e Oficial Substituto do
Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II - PI





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341576

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 28/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01049/01050 - carta_01 - INVALIDEZ



00030525

Carta nº 14376654



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES - 04/09/2019 22:37:19
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090422371976400000005952413>
Número do documento: 19090422371976400000005952413

Num. 6221438 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190341576 Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 28/03/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004623

Conta: 000001189-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

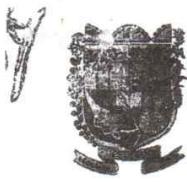
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES - 04/09/2019 22:37:19
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909042237198820000005952414>
Número de documentos: 1000042237198820000005952414

Núm. 6221439 - Pág. 1



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
Rua Antônio Benigno, Nº 400 - CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Fone: (86) 3271-2371
e-mail: getiranap2@hotmail.com

SUS

Tereinha Pereira dos Santos
CONSULTA BÁSICA

Nome: Sandra maria de oliveira Santos

Cartão do SUS: 300 5029 44 83 1755

Data de nascimento: 12 / 07 / 1988 29

Endereço: Lagesco ZIR

Município: Pedro II

Diagnóstico Provável: Acidente automóvel

Acidente: Sim () Não () Consulta Especializada: Sim () Não ()

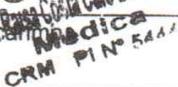
Tipo de acidente:

Exames: Sim () Não ()

Data da Consulta: 28 / 03 / 2018

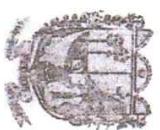

Dr. Sandra Maria de Oliveira

Assinatura do médico


CRM PI N° 5441

Assinatura do paciente ou impressão digital





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II

HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
Rua Antônio Benigno, N° 400 - CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Fone: (86) 3271-2371
email: getirana2@hotmail.com



TUM CANTO DISCUSSÃO DO SORTE
CONSULTA BÁSICA

Nome: José da Cunha Oliveira

Cartão do SUS: 300 5089 4483 1755

Data de nascimento: 12 / 07 / 1988

Endereço: Lagoa Verde 212

Município: Pedro II

Diagnóstico Provável: Alcoolismo crônico

Acidente: Sim () Não () Consulta Especializada: Sim () Não ()

Tipo de acidente:

Exames: Sim () Não ()

Data da Consulta: 28 / 03 / 2018

CARTÓRIO GALVÃO OLIVEIRA 2º OFÍCIO
CERTIDÃO
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA ESTA
CONFORME COM A COPIA QUE CONFERI
AO OFICIAL DE JUSTIÇA E DOCUMENTO E DOCUMENTO
ESTE CERTIFICADO FICARÁ NO ARQUIVO.

Assinatura do médico Caio Galvão Oliveira
CRM PR 11.0008 / 99

Assinatura do paciente ou impressão digital





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Domingos Mourão Filho, N° 373 - Centro
CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí

2218101288436
Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | |
|---|---------|
| 1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2. CNES |
| Hospital Maternidade Joaquina Antônio Vital | |
| 3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | 4. CNES |
| H. M. J. A. V. | |

Identificação do Paciente

| | | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------------|-----------|
| 5. NOME DO PACIENTE | 6. N.º DO PRONTUÁRIO | | |
| Sandra Maria de Oliveira Santos | 43.2235 | | |
| 7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE | 8. DATA DE NASCIMENTO | 9. SEXO | |
| 700 5029 4483 1755 | 12.07.1988 | Masc. 1 Fem. 3 | |
| 10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | 11. TELEFONE DE CONTATO | | |
| | | | |
| 12. ENDEREÇO (RUA, N.º - BAIRRO) | | | |
| Lajedo - Zona Rural | | | |
| 13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 14. CÓD. IBGE | 15. UF | 16. CEP |
| Pedro II | | PE | 64255-000 |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| |
|--|
| 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS |
| Vitória de acidente motociclista e colisão com a parede de uma casa distal. Ao exame: concussão, enxaqueca, hemicrania, afecção |

| |
|---|
| 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO |
| Adm. clínica |

| |
|--|
| 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |
| Exame clínico + RX |

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL | 21. CÓD. 10 PRINCIPAL | 22. CÓD. 10 SECUNDÁRIO | 23. CÓD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| Fratura radio distal | | | |

| | | | |
|--|----------------------------|--|--|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| Fractura radio clínica | | | |
| 26. CLÍNICA | 27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28. DOCUMENTO | 29. N.º DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE |
| | | () CNS () CPF | |
| 30. NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE | 31. DATA SOLICITAÇÃO | 32. ASSINATURA DO PARCEIRO (MPREG, CONSELHO) | |
| Nelson Nogueira | 20/03/18 | Dr. Nelson Nogueira CRM-PB 1640 | |

| | | | |
|---|------------------------|--------------------|-----------|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS | | | |
| 33. () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 36. CNPJ DA SEGURADORA | 37. N.º DO BILHETE | 38. SÉRIE |
| 34. () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | | |
| 35. () ACIDENTE TRABALHO TRAJETÓRICO | 39. CNPJ DA EMPRESA | 40. N.º DO BILHETE | 41. SÉRIE |
| 42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | | |
| () EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | | | |

| | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 43. NOME DO PROF. AUTORIZADO | 44. CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 45. N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| | | | |
| ENTO | 46. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR | | |

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DO PIAUÍ

Data: 04/09/2019

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSESSORIA TECNICO-MÉDICA DO PIAUÍ
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - SUPAS

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE HOSPITALARISMO - CERH

SOLICITAÇÃO DE TAG
DATA 29/03/18 HORA: 17:22

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chaga Rocinha - Município: Piripiri

MÉDICO: Dr. Felipe Verner CRM-PI: 4427

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
 Obstetrícia Trauma Clínico Cirúrgica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: SANDRA MARIA PC OLIVEIRA SANTOS
Data do Nascimento: 12.07.88 Idade: 30 Anos
Mãe: Teresinha Pereira dos Santos Gênero: Masculino

RG ou CPF: Localidade Lagoíra - Zona Rural Cartão Nacional de Saúde: 4483 1165

Município de Procedência: Pedro II

HDA: traum por quebra de braço com dor

HD: traumatismo no braço com dor

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR
4 - Espontânea
3 - Comandos
2 - A dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL
5 - Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

SINAIS VITais
T ax. ____ °C P: ____ bpm R: ____ mrm PA: ____ mmHg Sg: ____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
 Oxigênio Hidratação Venosa
 Aspiração Medicação (especificar) _____
 Curativo Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)
Dr. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4427

Assinatura e carimbo do Médico

Senha: _____

HOSPITAL DE DESTINO
Hospital: _____

Clínica/Posto: _____





HOSPITAL MATERNIDADE JOSS
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Rua Antônio Benígio, N° 400 - Centro
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6111
e-mail: estreitamento@joss.com.br

**FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

Data: 2010 10/29/13



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II

HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETÚZIANA NETTO

CNPJ: 06.553.929/0007-10

Rua Antônio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí

Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122

e-mail: getifariap2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data: 20/03/18

Nome: José Mariano de Oliveira
Data de Nascimento: 1/1/19
Idade:

| Convênio | Enfermaria | Leito | Nº Prontuário | Médico Assistente |
|----------|------------|-------|---------------|-------------------|
| | | 5 | 2 | |

Prescrição Médica - Assinatura

José Mariano de Oliveira

Assinatura

Horário Aplicação Medicamento

13h

Obs: foi dia 1º de leito

Relatório de Enfermagem

13h

Obs: foi dia 1º de leito

Observação

2

Rubrica

DR. Nelson Nogueira

DR. Nelson N

PROFESSOR
CONSELHO DE PESQUISAS
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS
MILITARES
Av. Presidente Vargas, 223 - Rio de Janeiro - RJ - 22290-020
Tel.: (21) 2202-2000

Souzana Melo da C. Souza
Nascimento: / /

APTO / FTO MÉDICO

5 2

Evolução de Enfermagem

Anotações de Enfermagem

Sinais vitais

O paciente encontra-se
intubado, passa por monitorização
electrónica, apresenta pressão arterial
de 120/80 mmHg, temperatura
corpórea local, acetato, ácido
fólico, cloruro e evacua
níveis. Segue aguaceirando
órgãos e excreta em
dans.

Maria Vilma Alves de Oliveira
Enfermeira

COREN-RJ
019



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO

HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA CND 1.6655

CNKI: 06.333.929/0007-10

Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro -

Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
E-mail: caetaranos@uol.com.br

E-mail: yewhaiapz@mothail.com

Nome: Wendesas Manoel de O. Santon
Data de Nascimento: 1 / 1 / 1
Mãe: _____

| Convenio | Enfermaria | Leito | Nº Prontuário | Médico Assis- |
|----------|------------|-------|---------------|---------------|
| SUS | 5 | 2 | | |

**FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

Data: 01/02/1

| Prescrição Médica - Assinatura | | | |
|--------------------------------|-----------|---|------------|
| Horário | Aplicação | Medicamento | Observação |
| | | Diclofenac 50 mg 100ml EV 14 g dia 1000ml 100ml EV 14 g dia 1000ml 100ml EV 14 g dia 1000ml 100ml EV 14 g dia | Rufi |







PREFEITURA MUNICIPAL DE PIAUÍ
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFA GETÚLIO VARGAS

CNPJ 06.553.929/0007-40

Rua Antônio Benigno, N° 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí

Fone: (86) 3271-2371 / (86) 98553-6122

e-mail: getiranap2@hotmail.com

FOURNA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: SILVANA MIRANDA MELO-SMHD

Data de Nascimento: / /

Mão:

Prescrição Médica - Assinatura

Horário Aplicação Medicamento

Relatório de Enfermagem

Observação

Rubrica

Assinatura



e-mail: gennap2@hotmail.com

Schandmaul - pseudonym
da de Nascimento. I

卷之三

四〇九

versión de la regulación de Aplicación
de la Ley de los Pueblos

Faz Mardonio Kleponuceno Brito
Enfermeiro

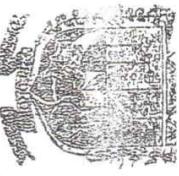
COREN - P1494.771

I hope - Pelle & Verbius are very interested
in your new service,
S.S.U. is failing.

JOMA Nepomuceno Braga
Eduardo Melo
COREN - PI 494.771

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



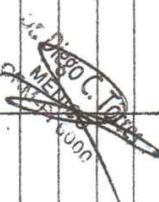


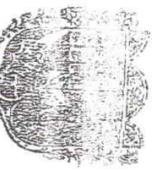
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEIXOTO LIMA

211. *Aspidoscelis*

Mãe: _____
Nome: *Denise Maria de Oliveira*
Data de Nascimento: 1 / 1

| Prescrição Médica - Assinatura | Horário Aplicação Medicamento | Relatório de Enfermagem | Rubrica |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Sopavate Regresso | Paciente recusou o medicamento | Observação | |
| Dietra Oral | Médico | Atenção | A |
| Sono Fq, 01 - 1000ml | 1200hr | Paciente recusou o medicamento | A |
| Desenvolvore Olhos + AS | 1200hr | Atenção | A |
| Dipirona Oras + AS | 600hr | Atenção | A |





Rua Antônio Benigno, Nº 400 - Centro - 6
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

290

Nome: José da Cunha Ano de Nascimento: 1911
Mão:

Mao

100

Camente por: CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES - 04/09/2019 22:37:20
r:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909042237199980000005952415

Num. 6221440 - Pág. 14



卷之三

卷之三

**THE
LITERARY
MAGAZINE
OF
THE
UNITED
STATES
AND
CANADA.**

THE AMERICAN HERALD 1

APTO / LEITO MEDICO

ESTATE PLANNING FOR RETIREMENT

JOURNAL OF CLIMATE

Georgina 167

Uff 1C; 23 hrs, poi transp. vista
para [Teresina], Hospital da
polícia militar, H.P.M.

A. Almeida Castro
Téc. de Castro
COREN-EN E. R. Rodrigues
-P. 01.0003.140



Ribeiro de Nascimento

me Sorello perito che dizi me

e.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



D.P. 04/09/19



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fe.

Em: 12/09/2019

Setor de Arquivo Técnico - HPMPI

Luis Henrique Vassouras dos Santos TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RC: 105193183-2 Mat 144939

NOME DO PACIENTE: Sandra Maria de Oliveira Góis

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 3551448718

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 – Bairro Ilhotas – Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado





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: | HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE | 2 - CNES 2323451 | Atendimento |
| 3 - Nome do estabelecimento executante: | HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE | 4 - CNES 2323451 | 620291 |

Identificação do Paciente

| | | | | | |
|--------------|---------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------------------|
| 5 - Nome: | SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS | | | 6 - Prontuário: | 355148 |
| 7 - CNS: | 700502944831755 | 8 - Nascimento: | 12/07/1988 | 9 - Sexo: | F CPF: |
| 11 - Mãe: | TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS | 12 - Fone: | 86-9.8313569 | 14 - Cor: | PARDA |
| 13 - Resp: | MADALENA DE SOUSA MARTINS | 15 - Ender.: | LOCALIDADE LAGEIRO | 19 - CEP: | 64255-000 |
| 16 - Munic.: | PEDRO II | 0 | ZONA RURAL | 17 - Cod. IBGE: | 220790 18 - UF: PI RG: 30150-03 |

Justificativa da Internação

6 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente apresenta fratura de rádio distal esquerdo com deslocamento articula após queda de moto.

21 - Condições que justificam a Internação:

Necessidade de cirurgia

Luis Henrique Vasconcelos Reis - 29 TÉCNICO
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX - Fratura de rádio distal (E)

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

Fratura de rádio distal

552.5

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Osteomartir para fratura de punho (E)

0408020407
Tempo SUS

29 - Clínica:

30 - Caráter:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

1

CPF

65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

04/04/2018

Dr. Tércio Lúcio Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 3824

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

| | | | |
|---|-----------------------|--------------------|------------|
| 36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito. | 39 - CNPJ Seguradora: | 42 - Nº. Bilhete. | 41 - Serie |
| 37 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Tipico. | 42 - CNPJ Empresa: | 43 - CNAE. Empresa | 44 - CBOR. |
| 38 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Trajeto. | | | |

45 - Vínculo com a Previdência. Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado.

Autorização

| | | |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 10/04/2018 | 47 - Data Autorização. |
| 48 - Documento | 49 - Núm. Documento | 50 - Ass. Carimbo (RG Concelho) |

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

X. madalena de souza martins

Usuario: LUCIA.SILVA
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressao 22:39:17



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

| FOLHA DE INTERNAÇÃO | | | |
|--|---|---|--|
| INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> CLÍNICA Médico Assistente Permanência CLÍNICA | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> FICHA DE PRONTUÁRIO Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS Nasc.: 12/07/1988 Sexo: F Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 620291 Enfermaria: POSTO II ENF 208 LEITO Leito: 208 Pai: Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS RG: 3015003 Residência: LOCALIDADE LAGEIRO Nr.: 0 Bairro: ZONA RURAL Cep: 64255000 Cidade: PEDRO II Telefone: 86 - 98313569 </div> </div> | | |
| Histórido Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido. <i>Paciente vítima de acidente de moto, apresentava fratura da rádio dianteira.</i> | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| Provisório: Principal: Fratura da rádio dianteira Procedimento: Internação p/ fratura da rádio Sintomas e Sinais Principais <i>Dor e deformidade no punho</i> | Causa Médica <i>Luis Henrique Vasconcelos Reis</i> RGPM 105198193-2 / Mat. 14493-9 Chefe do Setor do Arquivo Técnico | CID CID 5525 Histo - Patológico: <i>(Assinatura)</i> | |
| TRATAMENTO | | | |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico | Terapêutica Médica | Operação <i>Cirurgia</i> | Eficácia <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico |
| DURAÇÃO | | | |
| Data/Hora de Internação 04/04/2018 22:29:41 | Data da Alta: <i>05/04/2018</i> | Data da Hospitalização <i>05/04/2018</i> | |
| ALTA | | | |
| Saída <input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico | Transferência <input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório | Óbito <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação | |
| THE ___ / ___ / ___ | | Assinatura: <i>Dr. Tércio Santos Moura</i> <small>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</small> <small>CRM-PI: 3824</small> | |

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
 CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8



| | | |
|--|---|---|
|  | GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE |  |
| BOLETIM DE CIRURGIA | | DATA: 09 / 09 / 18 N° DO PRONTUÁRIO 355148 SALA 08 CÓD DA CIRURGIA: |
| Descrição da Cirurgia: <p> ① Paciente é DPH de lesão localizada. ② Realizada redução manual ③ Afixado na escavação OK ④ Realizada fixação percutânea 2 por R e L ⑤ Curto - tra </p> | | |
| <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> Dr. Técio Daniels Moura ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI: 3824 </div> <div style="text-align: right;">  Luis Henrique Vasconcelos Reis 2º TEN PM RG: 105198193-2 / Mat. 14495-9 Chefe do Setor do Arquivo Técnico </div> | | |
| Cirurgia: | Osteosíntese plástica de punho (C) | |
| Cirurgião: | Dr. Técio | |
| 1º Auxiliar: | | |
| 2º Auxiliar: | | |
| 3º Auxiliar: | | |
| Instrumentador: | Narcos | |
| Circulante: | Antonia Erlene Dias Técnico em Enfermagem COREN-PI 922.628 | |





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 09/01/18
Nº DO PRONTUÁRIO 355148 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA:

Nome: Sombra Ninas de Oliveira Sombra Idade: _____ Sexo: _____ ASA: _____
Procedimento: batidra de punho R Apt/Enf e Leito: 208103
Cirurgião: Jairo AUX: _____ ANEST: Mackie ANESTESIA: Fixa Regional + Sedacão
Instr.: Narcos CIRC.: entree higia INICIO: 11:10 FIM: 11:50 SALA: _____
P.A. _____ F.C. _____ PESO: _____ Ht: _____ Glcemia: _____ Creatina: _____ Respir: _____

| MONITORIZAÇÃO | REPOSIÇÃO VOLÉMICA | AGENTE INHALATÓRIO | OXIGENIO | SEQUÊNCIA |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------|-----------|
| | | | 1 | |
| | | | 2 | |
| SaO ² (%) | 98 | 98 | 98 | |
| E.C.G. | RR | RR | RR | |
| EtCO ₂ (mmHg) | # | # | # | |
| X INÍCIO E FIM DA ANESTESIA | V.P.A. L | P.A. MÉDIA | | |
| FREQÜÊNCIA CARDÍACA | 110 | 110 | | |
| TEMPERATURA | 36.5 | 36.5 | | |
| DIURESE (ml) | 0 | 0 | | |
| | | | INÍCIO | FIM |
| | | | 11h10 | 11h15 |
| | | | DURAÇÃO 50 | |

Técnica Anestésica: *Spinal*

Mrs. Lee

Comentários Adicionais

Período húmido, não se observou
nenhum tipo de prato
norteno ou fluminense.
Assim é que o catalão

| MONITORAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> ECG | <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro | <input type="checkbox"/> | |
|----------------------|--|--|--------------------------|-------|
| | <input type="checkbox"/> PAM | <input type="checkbox"/> Capnógrafo | <input type="checkbox"/> | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> PANI | <input checked="" type="checkbox"/> PVC | <input type="checkbox"/> | |
| Gases | l/min | Inicio | Fim | Tempo |
| Oxigênio () | | | | |
| N ₂ O () | | | | |

111





ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II

HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA

CNPJ: 06.553.929/0007-10

Rua Antônio Benigno, 400 - Centro - CEP: 64255-000 - Fones: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122

e-mail: getiranap2@hotmail.com

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

DATA: 01/04/18 HORA: _____ NÚMERO DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: HN 501

MUNICÍPIO: Pedro II

MÉDICO: Dra. Ana Lúcia Ribeiro

CRM: 54024

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria

() Outro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Sandrinha Maria de Oliveira Santos

Data de Nascimento: 12/07/1988 Idade: 30 anos Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 700502944831755

Município de Procedência: Frederico Westphalen - RS Pedro II

HDA: Paciente vítima de queda de moto com fratura do rádio na região distal, antebraço esquerdo

HDI: Fratura estumada distal rádio E CID S52.5

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- () Oxigênio () Hidratação
- Venosa _____
- () Aspiração () Medicação
- (especificar) _____
- () Curativo () Outros: _____

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-3
Chefe da Setor da UCI

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia)

Dra. Raquel Costa Gómez de Oliveira
Médica
CRM: 54024

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital da Polícia Militar
Clínica/Posto: Otologista Senha: 198032952981





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 95147

PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
NOME DA MÃE: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 04/04/2018
DATA DO LAUDO: 17/04/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura do rádio distal, com extensão articular.

Avulsão do processo estilóide ulnar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura do rádio distal, com extensão articular.

Avulsão do processo estilóide ulnar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Atendimento Técnico

Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI: 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520



Luis Henrique Vasconcelos Reis 29 TCE
RGPM 105198193-2 / Mat. 14453-9
Chefe do Setor de Anatomia Forense

Quest
Exame: 05/04/2018 Hora: 07:57

HPI
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
Idade: 029Y
Sexo: F



WC: 384
WW: 748





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 707032278

DATA REALIZ: 07/04/2018

NOME.....: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

IDADE: 29 anos

MÉDICO SOLIC:

CRM: -PI

DATA LAUDO....: 18/04/2018

CÓDIGO: 31760

CONVÊNIO: INTERNO

RX PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal do rádio fixada com fios metálicos.
- Fratura no processo estilóide da ulna.
- Tala gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico.


IVAN FONTENELE GOMES

CRM-2426-PI

*Luis Henrique dos Concelhos Reis - 7º TEP
RGPM 105188193-2 / Mat. 14493-9
Chefe do Setor do Exame Técnico*

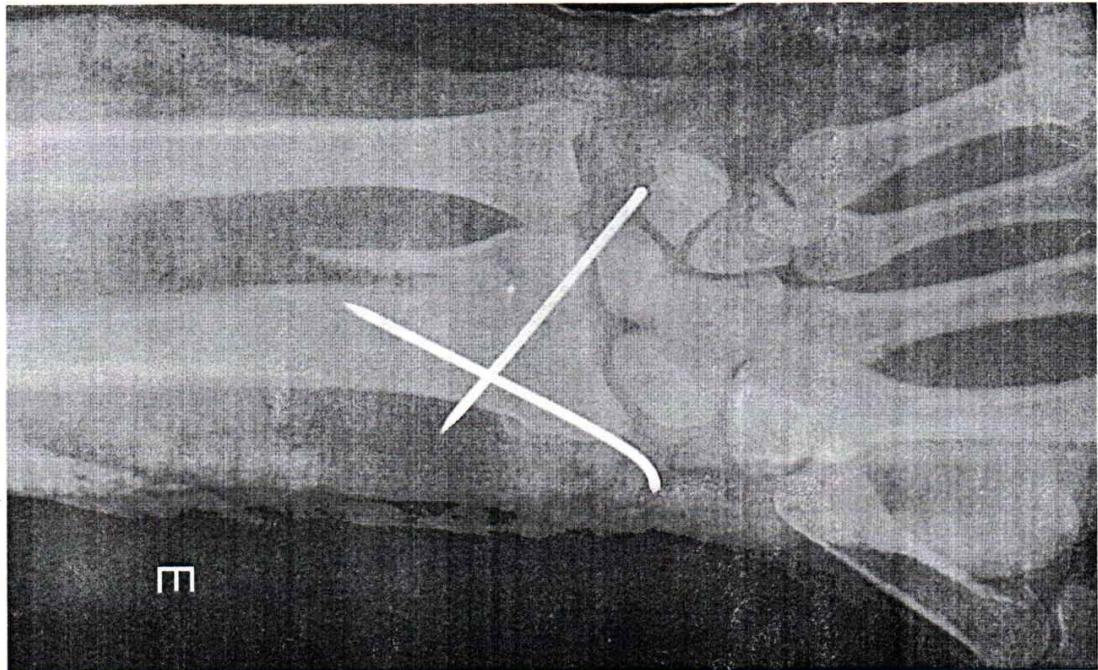
Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-5265
Fax (86) 3216-1520

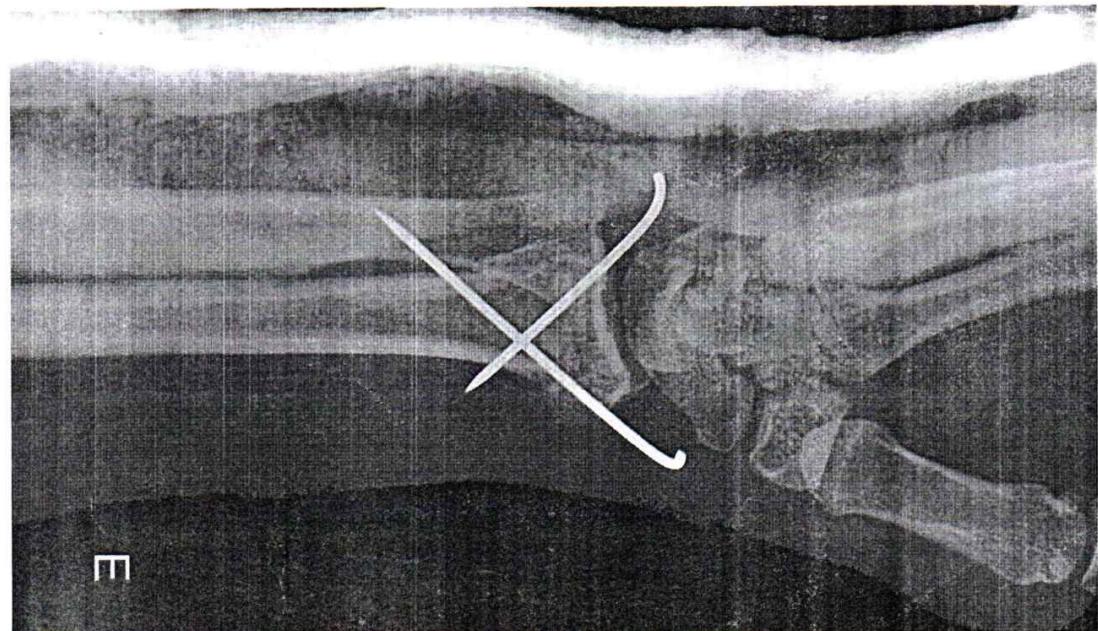


WC: 416
WW: 831

HPIMPI
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
Idade: 028Y
Sexo: F



Exame: 07/04/2018 Hora: 13:24
Guest



Luis Henrique Vasconcelos Reis - 2º Téc.
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor de Análise Técnica





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 92123
ATENDIMENTO: 620291
PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: ERISVALDO MACHADO FEITOSA
POSTO: POSTO II ENF:205 LEITO: 03

DATA: 04/04/2018

SEXO: F
IDADE: 29a 8m 24d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,00 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 11,40g/dl
Hematócrito.....: 36,0%

Valores de Referências
Homem Mulher
4,5 - 6,5 3,9 - 5,8
13,5 - 18,0 11,5 - 16,4
40,0 - 54,0 36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 7.800mil/mm³

Valores Referências
4.000 - 10.000

Bastões.....: 1
Segmentados.....: 71
Eosinófilos.....: 2
Basofílos.....: 1
Linfócitos.....: 26
Monócitos.....: 1
Metamielócitos.....:
Mielócitos.....:

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS: DISCRETA HIPOCRÓMIA

Plaquetas.....: 242.000mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difusões

FRANCISCO DAS ALMAS MACEDO
CAP.QOPM-FARMA-BIOQUIMICO
CRF-PI 118

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Luis Henrique dos Santos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-3
Chefe do Setor de Laboratório

Av. Higino Coutinho, 40 - Ibirapuera - Teresina/PI
CEP 64014-220 - Fone (86) 3216-1520

Telefone (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 92123

DATA: 04/04/2018

ATENDIMENTO: 020031

SEXO: F

PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

IDADE: 29a 8m 24d

DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988

CONVÉNIO: SUS - INTERNACAO

MEDICO: ERISVALDO MACHADO FEITOSA

POSTO: POSTO 1 Lote 208 LEITO:

COAGULOCRISTALOGRAFIA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,15 min.

Método:Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 7,30 min.

Método:Lee-White Normal: Até 12 Minutos

Prova do laço.....: NEGATIVA

Normal: Negativo

RETRACÇÃO DO TURACULO.....: TOTAL

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Laboratório

FRANCISCO ALVES CHAGAS MACEDO
CAP.QCPM-PI CAP.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Presidente Dutra, 1642 - Ipiranga - Teresina/PI
CEP 64000-000 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 92123

ATENDIMENTO: 620291

PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

MEDICO: ERISVALDO MACHADO FEITOSA

POSTO:POSTO II ENF:208 LEITO:

DATA: 04/04/2018

SEXO: F

IDADE: 29a 8m 24d

CREATININA..... 0,9 mg/dl

Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl

UREIA..... 30 mg/dl

Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl

GLICOSE..... 70 mg/dl

Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
70 a 99 mg/dl

Luis Henrique dos Reis
RG PM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do I. Q.C. T. L.D.P.

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP.QOPM-FARMAC.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F.FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



HOSPITAL DIRETOR ARCOVERDE
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

Pedido de Exames de Imagem

RECEPÇÃO INTERNACAO

Nome do paciente: 355148 - SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data de Nascimento: 12/07/1988 02:- 29 Anos 8 Meses 24 Dias

Sexo: Feminino

Nome da mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 3015003

SSP-PI

Telefone: 98313569

Observação:

PEDIDO DE EXAME ELETROCARDIOGRAMA HPM

Atendimento: 620291

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data Pedido: 04/04/2018 23:30:00

Origem: RECEPCAO INTERNACAO

Médico Solicitante:

CRM: 2346

Unidade Solicitante: POSTO II

Código Pedido: 95146

Exame:

1241 ELETROCARDIOGRAMA

Usuário: ERISVALDO.FEITOSA

Data da entrega: 18/04/2018 23:

Hospital da Polícia Militar do Piauí

Data da entrega: 18/04/2018 23:

Retirar o exame no setor PROTOCOLO das 7:00 às 17:00

Data da entrega: 18/04/2018 23:

Convênio: SUS - INTERNACAO

Paciente: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Pedido: 95146

Exame: ELETROCARDIOGRAMA

Atendimento: 620291

Data de Nasc.: 12/07/1988 0:

Assinatura:

Observação: A entrega de exames somente será realizada mediante a apresentação deste cartão e de um documento de identificação

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI - Cep: 64.014-220

HPMPI - CNPJ 07.444.159/0002-25

Fone: (86) 3216-1528 - Fax (86) 3216-1529

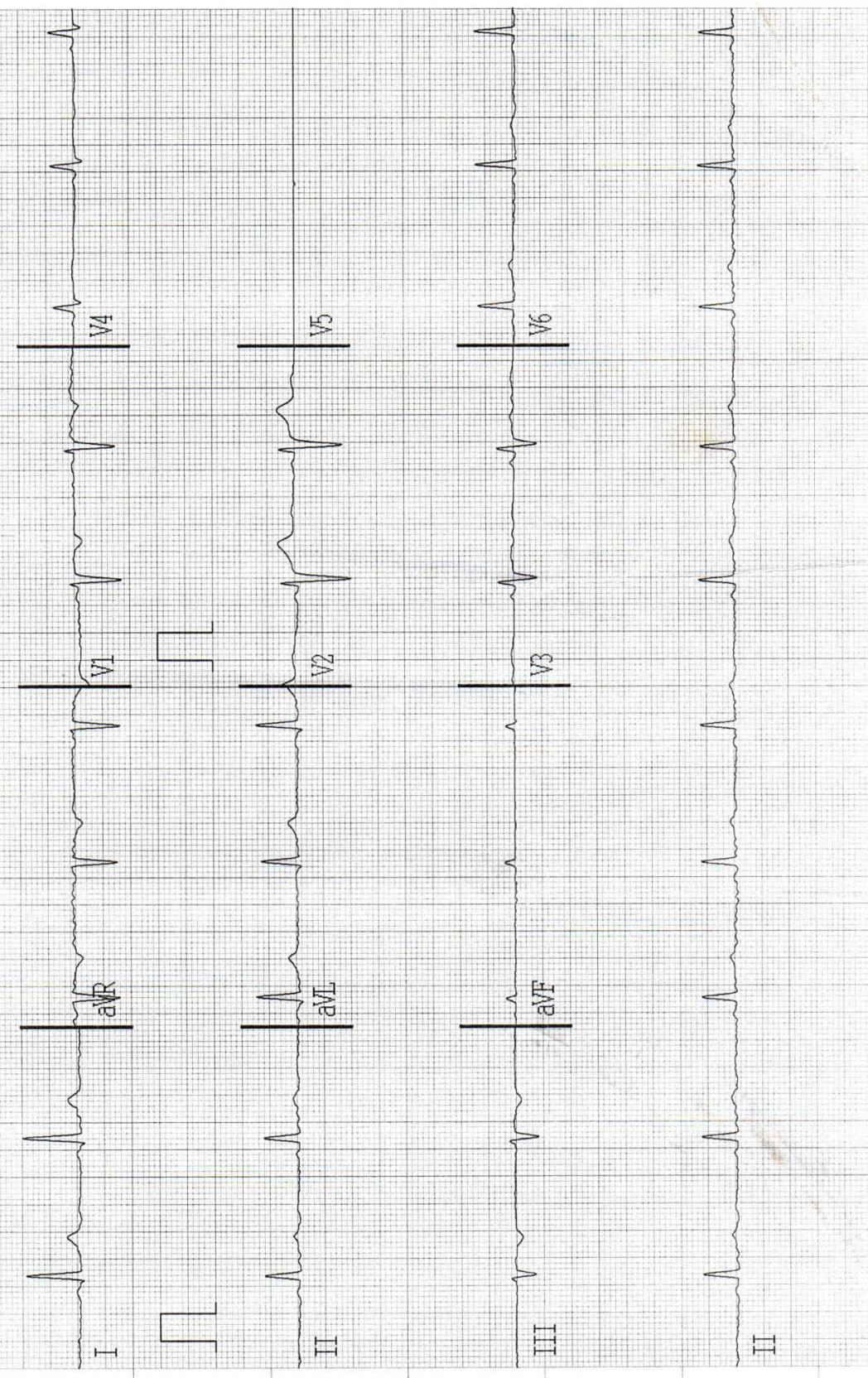
CANHOTO DO PACIENTE



Hospital : uc, ??
Confirmed by : / 908/03)

3 Channel + 1 Rhythm Report
ID : 95146 Heart Rate : 59 bpm
Name : SANDRA SANTOS PR int.: 118 ms
Age : 29yrs. Sex : FEM QRS dur.: 88 ms
H : 0cm W : 0kg QT/QTC : 436/429 ms
P-R-T axes : 18-11-3

*** Analysis Result ***
Bradicardia Sinusal(HR:50-59)
Eixo Normal
[Alterações Minimas ou Variação Normal do ECG]
*** Comment ***
PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
NASCIMENTO: 12/07/1988 29 - ANOS
MÉDICO SOLICITANTE: DR. ERIVALDO M. FEITOSA



Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGMA 105198193-2 LM31 14135-3
Chefe do Setor de Cardiologia



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES - 04/09/2019 22:37:20
<http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909042237204600000005952416>
Número do documento: 1909042237204600000005952416

Num. 6221441 - Pág. 15

Bionet Co.,Ltd.

BMS Plus - EKG Viewer

All Channels:10mm/mV 25.0mm/sec.

0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROcedimento(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 64834
AIH: 2218100192363

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

| 2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

| 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| CARTÃO SUS | NOME DO PACIENTE | | NASCIMENTO | PRONTUÁRIO | SEXO |
|-----------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------|------|
| 700502944831755 | SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS | | 12/07/1988 | 355148 | F |
| DOCUMENTO RG | TELEFONE | NOME DA MÃE | RESPONSÁVEL | | |
| 3015003 | 8698313569 | TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS | MADALENA DE SOUSA MARTINS | | |
| CEP | ENDERECO (LOGRADOURO) | | NUMERO / LOTE | | |
| 64255000 | LOCALIDADE LAGEIRO | | 0 | | |
| BAIRRO | COMPLEMENTO | MUNICÍPIO | | | UI |
| ZONA RURAL | | PEDRO II | | | PI |

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Descrição do procedimento principal

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA UNICA DO RÁDIO DA ULNA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
0408020431

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do procedimento solicitado - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA UNICA DO RÁDIO DA ULNA

CÓDIGO
0408020431

Descrição do procedimento solicitado - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO
0408020407

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S525

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE APRESENTA FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA, NECESSIDADE DE CIRURGIA.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

TERCIO DANTAS MOURA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016283179474

DATA SOLICITAÇÃO

11/04/2018

Dr. Tercio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3027

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

04/04/2018 23:03:04

Dr. Leandro Ponce Leal
Diretor Técnico do HPMPI
CRM-PI 2608

Luis Henrique Vasconcelos Pinto - 16/04/2019
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

about:blank



Procuração "Ad Judicia"

Pelo presente instrumento particular de procuração, outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo inscritos:

Outorgante:

Sandra Maria de Oliveira Santos, brasileira, RG n° 3.015.003, CPF n° 041.989.299-31, residindo na Rua Saba Said, zona Rural de Pedro II - PI.

Outorgado: CAIO CÉSAR HÉRCULES DOS SANTOS RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Seccional Piauí da Ordem dos Advogados do Brasil, sob o nº OAB/PI N° 17.448, com endereço na Rua Saba Said, nº 1839, apt 103, telefone (86) 99859-1572, e-mail caiorodriguesadvpi@gmail.com; a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula AD JUDICIA ET EXTRA; com fulcro no Artigo 692 do Código Civil; Artigo 5º, caput, e § 2º, da Lei nº 8.906/1994 (Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil); Artigo 105 do Código de Processo Civil; para atuação em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, a fim de que em conjunto ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação, possa propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, podendo ainda substabelecer a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, assinar declaração de hipossuficiência econômica, e levantar e/ou receber alvará de qualquer espécie. O PRAZO do presente mandato e procuração é de tempo INDETERMINADO e perdurará até a solução final da demanda a que este instrumento estiver vinculado. A (o) CONSTITUÍDO(A) será confiada a atuação em processo (s) judicial (is) a ser (em) promovido (s) em face de

Governador Gilder DPUAT

Pedro II, 03 de agosto de 2019

ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE

Sandra Maria de Oliveira Santos



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

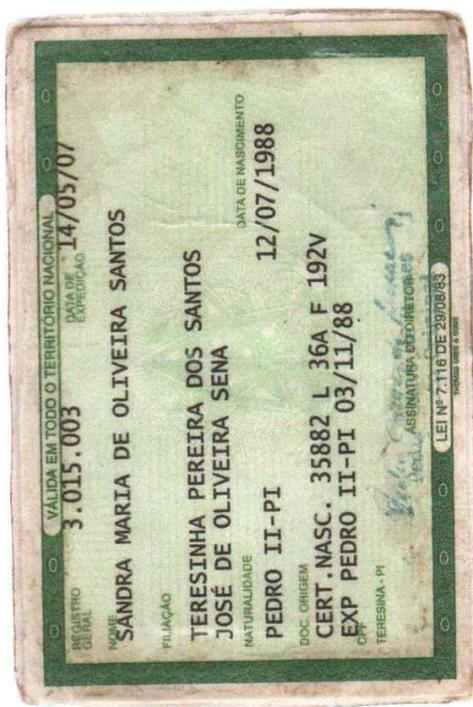
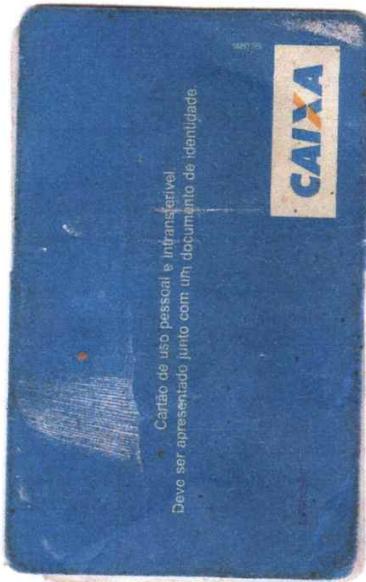
Eu, Sandra Morte de Oliveira Santos, brasileira,
RG nº 3.015.003, CPF nº 041.489.283-31, residente na
Vila de São João, zona rural de Pedro II - PI.

Caro FRC, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e da minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 68 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Pedro II-PI 03/09/2019

Sandra morte de oliveira Santos
NOME COMPLETO





Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES - 04/09/2019 22:37:21
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090422372091200000005952417
Número do documento: 19090422372091200000005952417

Num. 6221442 - Pág. 3



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

1370 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000585/2019-24

Unidade de Registro: DP DE PEDRO II

Resp. pelo Registro: Marcos Rogerio Sousa De Oliveira

Data/Hora: 08/05/2019 - 11:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE PEDRO II

28/03/2018 - 18:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

PEDRO II

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

ROÇA DOS PEREIRAS, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PRÓXIMO AO ZÉ GARAPA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: LOCALIDADE ROÇA DOS PEREIRAS, Nº SN

Complemento: ROÇA DOS PEREIRAS

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PEDRO II

Nome: FABIANA ALVES DOS SANTOS

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Mãe: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS

Endereço: LAGEIRO, Nº SN

Complemento: LAGEIRO

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PEDRO II

Nome: LUCILENE MARTINS DE SOUSA

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

RG: 3234897 SSP PI

Mãe: LUSIA ALVES DE SOUSA

Endereço: RUA SORIANO PEDRO DE SOUSA, Nº 375

Bairro: SANTA FE

Cidade: PEDRO II

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA. CG 125 TITAN KS

2001 LWE2910 9C2JC30101R021564

748466320

Azul

Condutor: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

End: LOCALIDADE ROÇA DOS PEREIRAS Número: SN Complemento: ROÇA DOS PEREIRAS

Cidade: PEDRO II UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ANTONIO FERREIRA MARTINS

End: RUA DES ALVARO BRANDÃO Número: 209

Cidade: PEDRO II UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA INFORMA QUE NA DATA DO DIA 28/03/2018, VINHA TRANSITANDO NA MOTOCICLETA CITADA ACIMA, PRÓXIMO AO GARAPA SHOW, QUANDO DE REPENTE UMA VACA ATRAVESSOU A PISTA; QUE PISOU NO FREIO DA MOTO, MAS COMO ESTAVA MUITO PRÓXIMO NÃO TEVE TEMPO DE DESVIAR DO ANIMAL; QUE COLIDIU COM A VACA; QUE AO CAIR NO CHÃO, DESMAIOU E FOI SOCORRIDA POR TESTEMUNHAS QUE LIGARAM PARA O SAMUR QUE LHE SOCORREU E LEVOU PARA O HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA; QUE DEPOIS DE ALGUNS DIAS FOI LEVADA PARA TERESINA ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO PULSO ESQUERDO; EM TEMPO, INFORMO QUE A

Boletim de Ocorrência emitido em: 08/05/2019 11:30 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2





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

1370 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000585/2019-24

VITÍMA NÃO POSSUI C.N.H;ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Marcos Rogerio Sousa De Oliveira - Mat. 3112861
AGENTE DE POLÍCIA

Sandra maria de oliveira santos
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

(Assinatura)
Mat. 3112861
Delegado de Polícia





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/SAMU 192



Nº 20

DATA: 28 / 03 / 18

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Sandra Maria da Cunha Sampaio

SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 29 anos

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: BR 404

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| () Envenenamento | () Agressão Física | (X) Acidente de Moto |
| () Choque Elétrico | () Afogamento | () Acidente de Carro |
| () Urgência Obstétrica | () Queda | () Mal Súbito |
| () Urgência Pediátrica | () Já Removido | () Falso Chamado |
| () Ferimento Arma Branca | () Ferimento arma de fogo | () Queimadura |
| () Atropelamento | () Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- | | | |
|-------------------------|---------------|--|
| () Alerta | (X) Iguais | |
| () Responde ao Comando | () Desiguais | |
| () Responde a Dor | () | |
| () Sem Resposta | | |

FALA

- | |
|--------------|
| (X) Normal |
| () Confusa |
| () Nenhuma |

PULSO RADIAL:

- | | |
|-------------|---------------|
| (X) Forte | (X) Ausente |
| () Fraco | () Leve |
| () Ausente | () Moderado |
| | () Intenso |

| SINAIS VITAIS | 1ª Verificação | 2ª Verificação |
|---------------|----------------|----------------|
| Hora | | |
| P.A | 12/12 | |
| P脉 | 100 | |
| Respiração | 12 | |

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| () Aspiração | () Imobilização de extremidades | () Ass. Obstétrica |
| () Oxigênio | (X) Prancha | () Hemostasia |
| () Reanimação Cardio - Resp | (X) Colar Cervical | () Curativo |
| () Ventilação Artificial | () KED | () |
| (X) Monitorização | () Acesso Venoso - Solução | |
| () Outros | | |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

DCT vítima de acidente de moto inconsciente com fratura no braço esquerdo e feri fraturas ósseas.

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|------------------|-----------------------|----------------------------|
| () Melhorando | () Severa Gravidade | () Indeterminado |
| () Piorando | () Média Gravidade | () Óbito antes do Socorro |
| (X) Inalterado | () Pequena Gravidade | () Óbito no transporte |
| () Coma | () Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: H. J. G. N.

Herlany Sampaio
Tutor em Emergência
COTER - P.N. 3183596

Profissional Receptor do Hospital

Médico/Enfermeiro





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ SAMU 192



SAMU
192

Nº _____

SOLICITAÇÃO DE SOCORRO

DATA: 23/03/18 N° FONE DO SOLICITANTE: Maria N° VÍTIMAS: 99 84 56 26
AMBULÂNCIA ACIONADA: USB USA AMBULÂNCIA DO ESTADO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Transporte/ Transferência |
| <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Choque Elétrico | <input type="checkbox"/> Já Removido |
| <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Urgência Clínica | <input type="checkbox"/> Falso Chamado |
| <input type="checkbox"/> Agressão Física | <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica | |
| <input type="checkbox"/> Mal Súbito | <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica | |

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Anexo da Entrada da Maternidade Poco 132 404
PONTO DE REFERÊNCIA: aprox 2 km dezenas

CONTROLE DA UNIDADE

SAÍDA DO P.A.: 19:05 H
SAÍDA DO LOCAL: 19:27 H
SAÍDA DO HOSPITAL: 19:59 H

CHEGADA AO LOCAL: 19:16 H
CHEGADA AO HOSPITAL: 19:38 H
CHEGADA AO P.A.: 20:05 H

HOSPITAL DE DESTINO:

H.J.C.V.

APOIO SOLICITADO:

- POLÍCIA MILITAR POLÍCIA CIVIL UNIDADE EXTRA CAPS

TELEFONISTA

MÉDICO REGULADOR

CARTÓRIO GALVÃO OLIVEIRA 2º OFÍCIO
CERTIDÃO

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL QUE CONFERI E AO QUAL DE RECONHECI DOU FÉ
EM TESTIMÔNIO DA VERACIDADE
PREFEITO II (Assinatura)

PREFEITO II (Assinatura)

TABOALÃO DO 2º OFÍCIO

1º Oficial de Registro Civil e das
Relações Pessoais
Registro Civil e das
2º Oficial Pedro II - PI

