



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 |
| 6221435 | 04/09/2019 22:37 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 6221437 | 04/09/2019 22:37 | DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO | Documentos |
| 6221438 | 04/09/2019 22:37 | documentos DPVAT (1) | Documentos |
| 6221439 | 04/09/2019 22:37 | documentos DPVAT (2) | Documentos |
| 6221440 | 04/09/2019 22:37 | DOCUMENTOS MÉDICOS PARTE 01 | Documentos |
| 6221441 | 04/09/2019 22:37 | DOCUMENTOS MÉDICOS PARTE 02 | Documentos |
| 6221442 | 04/09/2019 22:37 | PROCURAÇÃO, DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA E DOCUMENTOS PESSOAIS | Documentos |
| 6221493 | 04/09/2019 22:37 | REGISTRO DE OCORRÊNCIA E SOLICITAÇÃO SE SOCORRO SAMU | Documentos |

PETIÇÃO INICIAL EM PDF.



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, ANTONIO 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

PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DESEMBARGADOR ALVARO BRANDAO, 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: MOTO Modelo: HONDA/CG125 TITANKS Ano: 2000

Placa: 2WE 2910 Chassi: 9C2JC30101R021564

Data do Acidente: 28/03/2018

Local e Data:

PEDRO II - PIAUI 08/04/2019

Antonio Ferreira Martins
Assinatura do Declarante

Assinatura 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: Antonio Ferreira Martins

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

PEDRO II, 08/04/2019



Galvão de Oliveira Junior
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

Carta nº 14376654





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, 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**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne 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



4



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

Terezinha Pereira dos Santos
CONSULTA BÁSICA

Nome: Sandra maria de oliveira Santos

Cartão do SUS: 700 5029 44 83 1755

Data de nascimento: 12 / 07 / 1988 25

Endereço: lagoa ZIR

Município: Pedro II

Diagnóstico Provável: Acidente autoacolítico

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

Tipo de acidente: _____

Exames: Sim () Não ()

Data da Consulta: 28 / 03 / 2018

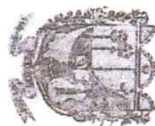
Assinatura do médico

Sandra Costa Café de Oliveira
CRM PI Nº 5441

maria dos Remedios Pereira

Assinatura do paciente ou impressão digital





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: 08.553.929/0007-10
Fone: (86) 3271-2371
e-mail: getiranap2@hotmail.com



Turando Pereira dos Santos
CONSULTA BÁSICA

Nome: Joãquin Maria da Oliveira Junior

Cartão do SUS: 300 5039 44 83 1455

Data de nascimento: 12 / 07 / 1958 Ans

Endereço: Logradouro ZIR

Município: Pedro II

Diagnóstico Provável: Acidente automobilístico

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

Tipo de acidente: _____

Exames: Sim () Não ()

Data da Consulta: 28 / 03 / 2018

Assinatura do médico Caio Cesar Hercúles dos Santos Rodrigues
CRM nº 15942

Assinatura do paciente ou impressão digital

Paciente do Dr. Rômulo A. Pereira



Cível

Bel. Orlando Lima de Oliveira Junior
Tabelião e Oficial Substituto do
Registro Civil e Notas
2º Oficial Datado H. M.

CARTÓRIO GALVÃO OLIVEIRA 2º OFÍCIO
CERTIDÃO
CERTIFICADO QUE A PRESENTE COPIA ESTA
CONFORME O ORIGINAL QUE CONFERE
AO QUAL ME HUBO PORTO E DOU
PRAÇA, EM 28/03/2018, ÀS 14h09min.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Domingos Mourão Filho, Nº 373 - Centro
CEP.: 64.255-000 - Pedro II - Piauí

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



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | |
|---|---------|
| 1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2. CNES |
| Hospital Maternidade Joaquina Antunes Vitor | |
| 3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | 4. CNES |
| H. M. J. G. N. | |

Identificação do Paciente

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------|----------------|-----------|
| 5. NOME DO PACIENTE | 6. Nº 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, Nº - BAIRRO) | | | |
| Lagoado - 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 | | | |
| Ulcera de acidente motorizado e de fratura de fêmur distal. Ao exame: consciente, orientado, BEB, supino, apnéia | | | |
| 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | |
| Acima CBS | | | |
| 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | |
| Exame físico + RX | | | |
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL | 21. Cód. 10 PRINCIPAL | 22. Cód. 10 SECUNDÁRIO | 23. Cód. 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| Fratura rádio distal | | | |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| Fratura rádio distal | | | |
| 26. CLÍNICA | 27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28. DOCUMENTO | 29. Nº DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE |
| | | () CNS () CPF | |
| 30. NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE | 31. DATA SOLICITAÇÃO | 32. ASSINATURA E CARIMBO (IN REG. CONSELHO) | |
| Nelson Aguiar | 20/03/18 | Dr. Nelson Aguiar CRM 176640 | |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

| | | | |
|---|------------------------|-------------------|-----------|
| 33. () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 36. CNPJ DA SEGURADORA | 37. Nº DO BILHETE | 38. SÉRIE |
| 34. () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | 39. CNPJ DA EMPRESA | 40. Nº DO BILHETE | 41. SÉRIE |
| 35. () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | |
| 42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | | |
| () EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | | | |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|---|------------------------|---|
| 43. NOME DO PROF. AUTORIZADO | 44. Cód. ÓRGÃO EMISSOR | 45. Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| | | |
| 46. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR | | |
| ENTO | | |



CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ORIENTAÇÃO HOSPITALAR - CERO

DATA 29 / 03 / 18

SOLICITAÇÃO DE

HORA: 17:28

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chaga Rod

MÉDICO: Dr. Felipe Verner

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia

(X) Trauma

() Clínico

() Cirúrgico

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SAMARA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Nascimento: 12.07.88

Mãe: Teresinha Pereira dos Santos

RG ou CPF

Endereço: Localidade Lagoa - Zona Rural

Município de Procedência Pedro II

HDA:

HD:

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

Tax. °C P: bpm R: mrm PA:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio

() Aspiração

() Curativo

() Hidratação Venosa

() Medicação (especificar)

() Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clínica/Posto:

Assinatura e carimbo do Médico

Senha:





Data de Nascimento: 1 / 1 / 2011/03

SINAI VITAI

Joide Jane ~~Stros~~ Marques

COREN-PI 169980

[illegible]



HOSPITAL MATERINIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
CNPJ: 06.553.929/0007-10

Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getirana2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data: 20/10/2018

Nome: Joana Mano de Deus
Data de Nascimento: 1/1/
Mãe: _____

Prescrição Médica - Assinatura

Horário Aplicação Medicamento

Relatório de Enfermagem

Rub

| Convenio | Enfermaria | Leito | Nº Prontuário | Médico Assistente |
|--|------------|-------|---------------|-------------------|
| | | | | |
| Prescrição Médica - Assinatura | | | | |
| 1) Febre leve | | | | |
| 2) Se 09/10/18 ad (EV) 14 q/h/dia | | | | |
| 3) Volturn 01 amp (SN) 12/12/18 (SN) | | | | |
| 4) Pyrimax 01 amp + AD (EV) (SN) | | | | |
| 5) Dexameterson 01 amp + AD (EV) 12/12/18 | | | | |
| Dr. Nelson Rodrigues Médico CRM PI 6640 | | | | |
| Relatório de Enfermagem | | | | |
| 21-08 Observação | | | | |
| PT admitida, vem de atua gravemente do doença, com febre foi realizada aspiração de vacante por fratura de osso distal, 10 pin vestidos de ambrunha do 01 austral, Placem paciente e vive em MSP, mãe (gestor) on- cológico, referindo dar tempo do local de atuação médica para cuidar de quem eu não ho no dia 20/10/18. Alguns dias da C.R. M. Getirana proge M. 440.169 | | | | |



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
CNPJ: 06.553.929/0007-10

Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getirana2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data: 30/03/18

Nome: Jara Mano de Oureno
Data de Nascimento: 1/1/1970
Idade: 48

Prescrição Médica - Assinatura

| Prescrição Médica - Assinatura | Relatório de Enfermagem | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|------------|-------|---------------|-------------------|
| | Convênio | Enfermaria | Leito | Nº Prontuário | Médico Assistente |
| 1) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 2) 500 ml de leite | | | | | |
| 3) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 4) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 5) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 6) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 7) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 8) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 9) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 10) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 11) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 12) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 13) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 14) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 15) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 16) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 17) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 18) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 19) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 20) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 21) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 22) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 23) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 24) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 25) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 26) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 27) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 28) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 29) 1/2 litro de leite | | | | | |
| 30) 1/2 litro de leite | | | | | |

111

Source Name of O. Series

APTO/FTO

MÉDICO 1027

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

O. Poderes e o seu exercício
muito para a organização
nativa do Estado. A
ação do poder legislativo
no local, sendo a
falta, de uma e outra
maneira, de acordo com
os princípios de direito em
geral.

Maria Vilma Alves de Oliveira
 Enfermeira
 COREN-PI: 293.121

SNAILS VITAS

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GERTRANA NETTA
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 98553-6122
e-mail: gettrana2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data: 01/06/11

Nome: Sandra Maria de O. Santos
Data de Nascimento: 1/1/1971
Mãe: _____

Prescrição Médica - Assinatura

Horário Aplicação Medicamento

Relatório de Enfermagem

Observação

Rut

Convênio

Enfermaria

Leito

Nº Prontuário

Médico Assist

CVB

5

2

2icta bime
5.5.9.1 1000ml EV 14 gpm
volem 1 amp. 7m 1212h
vacunelancue 4mg EV 1212h

1911

Fuller, C. W.

CONVENIO

545

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENTREVISTA

[illegible]

William Francis Amor Jr
Espresso
CORENDA 457.807

COREN 497.807



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNADE JOSEFINA GETRANAP PEDRO II
CNPJ: 06.553.929/0007-40
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getranap2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: SAPUPA ALIANA DEO-SMUNO
Data de Nascimento: 1/1/1999
Mãe: 1/1/1999

Prescrição Médica - Assinatura

Horário Aplicação Medicamento

Relatório de Enfermagem

| Convênio | Enfermaria | Leito | Nº Prontuário | Médico Assistente |
|----------|------------|-------|---------------|-------------------|
| | 05 | 02 | | |

Rubrica

Dr. Bingenio Jose
Clínica Médica
(R117-9880)

Nome: *Silvia Maria de Almeida*
 Data de Nascimento: *1/1/1967*
 e-mail: *guirap2@hotmail.com*

Data de Nascimento: *1/1/1967*
 ID: *0502*

PROCURAÇÃO DE ENFERMEIRO

Eu, Srta. Silvia Maria de Almeida, portadora do RG nº 1.234.567-8, inscrita no CPF nº 123.456.789-01, residente e domiciliada na Rua das Flores, nº 123, bairro Centro, cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, por meio desta, procuro o Sr. Fernando de Almeida, portador do RG nº 987.654.321, inscrito no CPF nº 987.654.321-01, residente e domiciliado na Rua da Paz, nº 456, bairro Centro, cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, para que o mesmo, em meu nome, realize todos os procedimentos necessários para a inscrição do Sr. Fernando de Almeida no Conselho Regional de Enfermeiros do Estado de São Paulo (COREN-SP), bem como para a obtenção da carteira profissional de Enfermeiro, e para a realização de todos os atos necessários para a regularização da situação do Sr. Fernando de Almeida perante o COREN-SP, e para a obtenção da carteira profissional de Enfermeiro, e para a realização de todos os atos necessários para a regularização da situação do Sr. Fernando de Almeida perante o COREN-SP.

Fe. *Martinho*
 Enfermeiro
 COREN - PI 494.771

Assinada por *Silvia Maria de Almeida*
 SSN *123.456.789-01*

Sr. *Fernando*
 Enfermeiro
 COREN - PI 494.771



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEREIRA
RUA ANTÔNIO BENTON, Nº 406 - Centro - CEP: 32.550-000 - Pereira - RJ

Fone: (86) 32.71-2371 / (86) 39553-6122

e-mail: getiranap2@hotmail.com

DATA DE EMISSÃO: 04/09/2019

Data: 03/09/19

Nome: Andreia Maria de Oliveira Joane
Data de Nascimento: 1 / 1 / 1980
Mão: AS DS 02

Prescrição Médica - Assinatura

Agatha Regis

Horário Aplicação Medicamento

Relatório de Enfermagem

Observação

Rubrica

Paciente recebeu o medicamento às 16:30

Agatha Regis
Téc. Em Enfermagem
COREN-PJ 001.083.140

- 1) Dose Oral Livre
- 2) dose 500ml - 1000ml @ 14g/100ml (800)
- 3) Desembarque Oral + AD @ 12/12hr
- 4) Dipirona 500mg + AD @ 6hr/6h

Agatha Regis
Téc. Em Enfermagem
COREN-PJ 001.083.140



FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data de Nascimento: ____/____/____
Mão: _____

Neto ord / inv

③ SF 0% - 100 and ④ 14/9%

Richard Olap In

Signature of aarp + AD EV SN

Dr Nelson Nogueira
Medico
CRM-PA 6640

Horário de Funcionamento Medicamentoso

Relatório de Enfermagem

Observação

Rubrica

Convênio

Enfermaria

Leito

Nº Pontuação

Médico Asistente

Alto Francisco

Р/ИДМ

Senha: 0309 500 9771

Dr. Maria Costa Cely de Oliveira
Médica
5444

1 - 1

| | |
|-----------|--------|
| APLO/LETO | MEDICO |
|-----------|--------|

MEMORANDUM

EVOLUÇÃO DE EMPRESAS

19010 13329 57067

Paulina 1857

At 16:23 hrs, got transferred
upstairs (Twinima) Hospital da
operação múltipla (HPM).

Alcides
Téc. de Castro Rodrigues
COREN - P. 001.083.140



WILSON

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

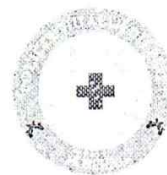
11-11-11

Enfermeira: Lucretia
CORREN-4: 104630

[illegible]



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



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

Em 27/07/2019

Setor de Arquivo Técnico

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPi
RC: 105193183-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE:

Sandra Maria de Oliveira Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

35514818

Obs: Não fornecemos 2ª via.

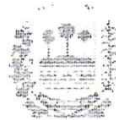
HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

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





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|--|----------|-------------|
| 1 - Nome do estabelecimento solicitante: | 2 - CNES | Atendimento |
| HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE | 2323451 | |
| 3 - Nome do estabelecimento executante: | 4 - CNES | 620291 |
| HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE | 2323451 | |

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 |
| 13 - Resp: | MADALENA DE SOUSA MARTINS | 14 - Cor: | PARDA |
| 15 - Ender.: | LOCALIDADE LAGEIRO | 19 - CEP: | 64255-000 |
| 16 - Munic: | PEDRO II | 17 - Cod. IBGE: | 220790 |
| | | 18 - UF: | PI |
| | | RG: | 30150-03 |

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente apresentando fratura de rádio distal esquerdo com acometimento articular após queda de moto.

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

Luis Henrique Vasconcelos Reis - 29/10/2011
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 (C)

23 - Diagnóstico Inicial: Fratura de rádio distal

24 - Cid Princ.: 552.5

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: Osteomontagem por fratura de punho (C)

29 - Clínica: POSTO II

30 - Caracter.: 1

31 - Documento: CPF 65265385491

32 - Doc. Med. Solic. 04/04/2018

33 - Nome Profissional / Assistente: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação: 04/04/2018

35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante

Tempo SUS 0408020407

Dr. Tércio Lamas Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 8824

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

| | | | |
|--|-----------------------|--------------------|------------|
| 36 - () Acidente de Trânsito. | 39 - CNPJ Seguradora: | 42 - Nº. Bilhete. | 41 - Serie |
| 37 - () Acidente de Trabalho Típico. | 42 - CNPJ Empresa: | 43 - CNAE, Empresa | 44 - CBOR. |
| 38 - () Acidente de Trabalho Trajetado. | | | |

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

Autorização

| | | |
|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Data Autorização. | 50 - Ass. Carimbo (RG Conselho) |
| 48 - Documento | 49 - Num. Documento | |

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X. madalena de Sousa Martins

Usuário: LUCIA SILVA
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão 22:39:17





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| INTERNOU-SE NO HOSPITAL | FICHA DE PRONTUÁRIO | | 04/04/2018 |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS | | Pront.: 355148 |
| IDEM OUTROS HOSPITAIS | Nasc.: 12/07/1988 Sexo: F | Convênio: SUS - INTERNACAO | |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | Atendimento: 620291 | Enfermaria: POSTO II | ENF 208 LEITO Leito: 208 |
| CLÍNICA | Pai: | | |
| | Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS | | |
| Médico Assistente | RG: 3015003 | | |
| | Residência: | | |
| Permanência | LOCALIDADE LAGEIRO | | |
| | Nr.: 0 | | |
| | Cep: 64255000 | | |
| CLÍNICA | Bairro: ZONA RURAL | | |
| | Cidade: PEDRO II | | |
| | Telefone: 86 - 98313569 | | |

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando fratura da rádio distal.

DIAGNÓSTICO

| | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Provisório: | | CID |
| Principal: | Fratura da rádio distal | CID 5525 |
| Procedimento: | Osteossíntese p/ fratura da rádio | |
| Sintomas e Sinais Principais | Dor e deformidade no punho (E) | Causa Médica |
| | | Histo - Patológico |

Luis Henrique Vasconcelos Reis - R. 78.761.111
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

| | | | |
|--|--------------------|----------|--|
| Tipo: | Terapêutica Médica | Operação | Eficácia |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico | | Cirurgia | <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: 04/04/2018
Data da Hospitalização: 04/04/2018

ALTA

| | | |
|--|--|--|
| Saída | Transferência | Óbito |
| <input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros | <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:

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

"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
Nº DO PRONTUÁRIO: 355148 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Paciente em DVH sob bloqueio local e sedação.
- ② Realizada redução incremental
- ③ Alinhado na mesa OK
- ④ Realizada fixação percutânea com 2 par R
- ⑤ Curativo - OK

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

Vicente Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN PM
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Antônia Erilene Dias
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 922.628





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



BOLETIM DE ANESTESIA

DN. 12/07/88

DATA: 09.07.88
Nº DO PRONTUÁRIO 355148 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Sandra Nemes de Oliveira Santos Idade: Sexo: ASA:
PROCEDIMENTO: Cirurgia de Punção de
CIRURGIÃO: Feres AUC: ANEST.: Machado ANESTESIA: Local + Sedação
INSTR.: Feres CIRC.: Feres/Quiro INICIO: 11:10 FIM: 11:50 SALA:
P.A. F.C. PESO: Hto Glicemia Creatina Respir:

| ANESTESIA | OXIGENIO | | | | | | | | | | SEQUÊNCIA |
|--------------------|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| REPOSIÇÃO VOLEMICA | | | | | | | | | | | |
| MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | |
| SaO2 (%) | | | | | | | | | | | |
| E.C.G. | | | | | | | | | | | |
| EtCO2 (mmHg) | | | | | | | | | | | |
| # | | | | | | | | | | | |
| DIURESE (ml) | | | | | | | | | | | |

Técnica Anestésica: *Local + Sedação*

Comentários Adicionais

MONITORIZAÇÃO
☒ ECG ☐ Oxímetro
☐ PAM ☐ Capnógrafo
☒ PANI ☐ PVC

| Gases | 1min | Início | Fim | Tempo |
|----------------------|------|--------|-----|-------|
| Oxigênio () | | | | |
| N ₂ O () | | | | |
| Ar. Medic. () | | | | |

Medicamentos Utilizados

| | | | |
|----------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Adrenalina Amp | Dolantina Amp | Midazolam 1 Fr 57 | Propofol 10 ml 1 Amp |
| Água dest. 10ml Amp | Droperidol Amp | Metronidazol Fr | Ranitidina Amp |
| Atropina Amp | Efortil Amp | Neocaina Psa 0,5% Amp | Quelicin Amp |
| Bextra Amp | Efedim Amp | Narcan Amp | Quetamina ml |
| Bromoprida Amp | Enflurano ml | Novabupi 0,5% Fr | Remifentanil Fr |
| Cefazolina 1g Fr 200 | Fentanil 2 ml 1004 | Nubain Amp | Ringer-lactado Fr |
| Cefazolina Fr | Fentanil (S/C) Amp | Neocaina 2% V1 Fr 58 | S. Fisiológ. 0,9% ml Fr |
| Ciprofloxacina Fr | Holotano ml | Neocaina 0,5% Isobar Amp | S. Glicosado 5% ml Fr |
| Clonidin 1 Amp 1000 | Hidrocortisona ml | Neostigmina Amp | Scalp n° Und |
| Colóide () Fr | Isoflurano ml | Omeprazol Fr | Tracur Amp |
| Dexametazona Amp | Jelco n° Und | Ondasetrona Amp | Tilatil Fr |
| Diazepam Amp | Lidocaina 2% V1 Fr 101 | Poliso Cel Fr | Tiopental Fr |
| Dimerf mg Amp | Metaclopramida Amp | Pancurônio Amp | |
| Dipirona Amp | Manitol Fr | Profenid Fr | |

Anestesiologista CRM





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: 04/04/18 HORA: NÚMERO DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE: AMJEN

MUNICÍPIO: Pedro II

MÉDICO: Dr. João Vaz

CRM: 54024

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

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

() Outro:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Sandra Maria de Oliveira Santos

Data de Nascimento: 12/07/1988 Idade: 29 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: Cartão Nacional de Saúde: 700 5029 4483 1755

Município de Procedência: Bage - 2º R. Pedro II

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

HD: Fratura estumidade 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:

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital de Polícia Militar
Clínica/Posto: Ortopedia Senha: 208032852985

Luis Henrique Vasconcelos Reis 20 Feb
RGPM-105198193-2 / Mat. 14455-3
Chefe do Setor de Anestesia

Dr. Rafael Costa Costa de Oliveira
Médico
CRM 54024





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. 14435-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Liege Ribeiro Soares de Sampaio
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



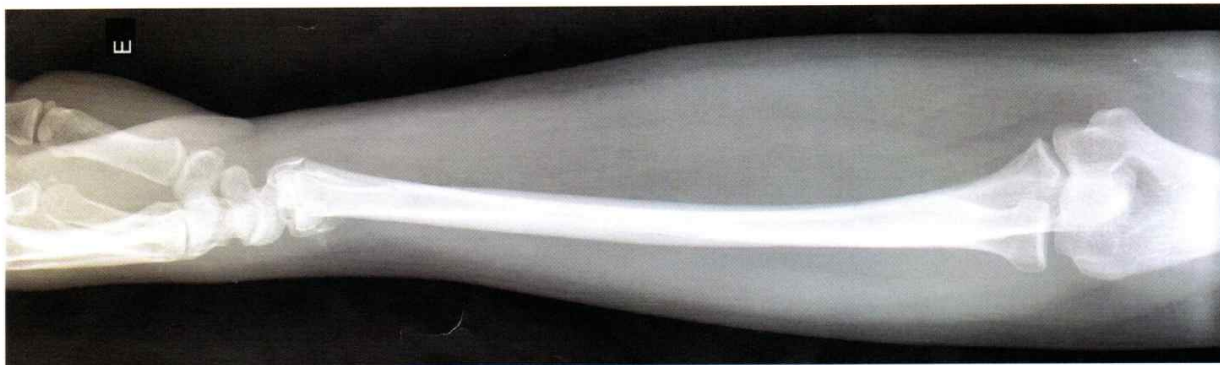
HPMPI
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
Idade: 029Y
Sexo: F



WC: 384
WW: 748

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14493-9
Chefe do Setor de Arquivo Telemático

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





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 707032278

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

MÉDICO SOLIC:

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

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 07/04/2018

IDADE: 29 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 31760

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

**IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**

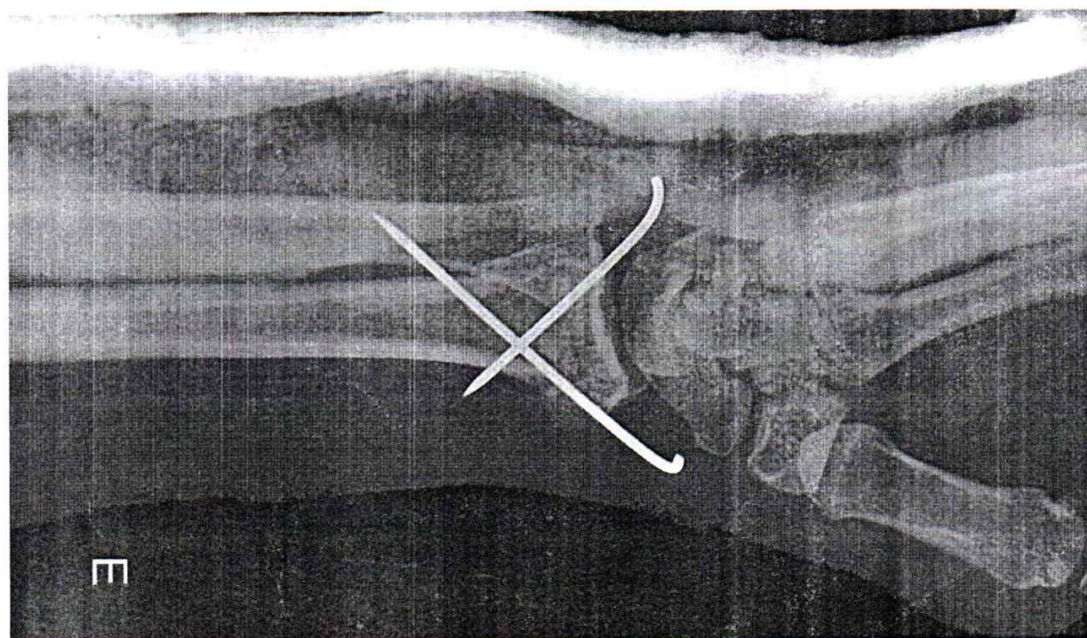
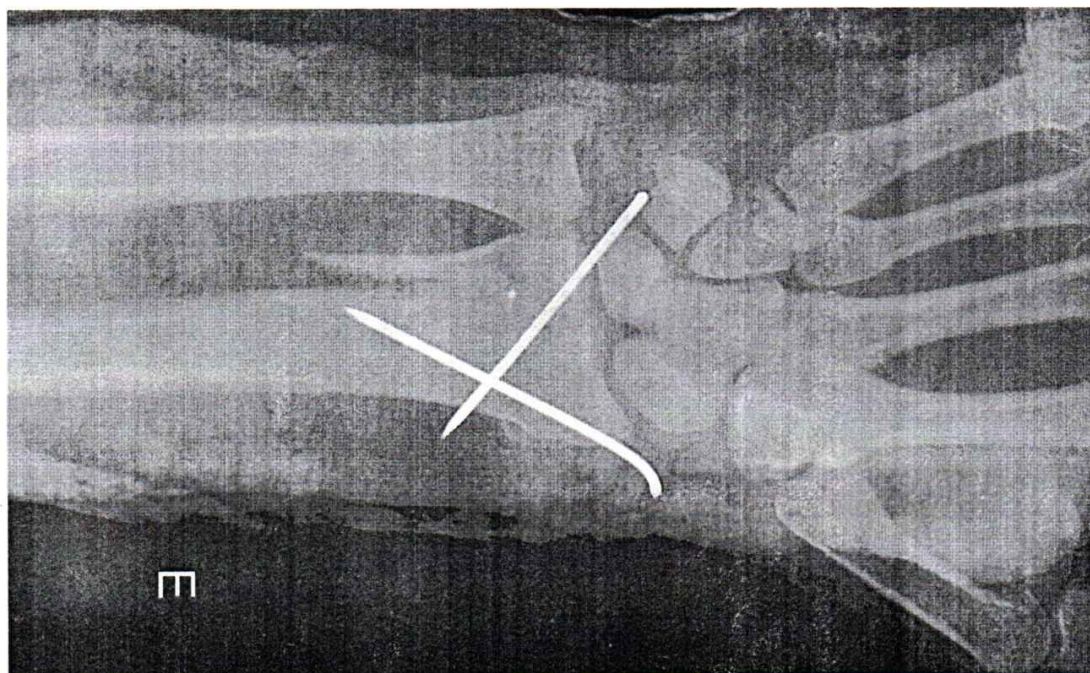
Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor de Radiologia

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

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1620



HPM/PI
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
Idade: 029Y
Sexo: F



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

WC: 416
WW: 691

Guest
Exame: 07/04/2016 Hora: 18:24





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 MACEDO 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.....: 71
Segmentados.....: 2
Eosinófilos.....: 26
Basófilos.....: 1
Linfócitos.....: 1
Monócitos.....: 1
Metamielócitos.....: 1
Mielócitos.....: 1

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

OBS: DISCRETA HIPOCROMIA

Plaquetas.....: 242.000/mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difusões

FRANCISCO DAS NEVES MACELO
CAP. QOPM-FARMACIA-BIOQUIMICO
CRF-PI 0985

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Matr. 14435-9
Chefe do Setor de Análises de Urina

Av. Higino Cunha, 40 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - Fone (06) 3228-1260

Telefone (06) 3228-1260
Fax (06) 3216-1520





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 92123
ATENDIMENTO: 02091
PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988
CONVÊNIO: SUS - FERNACAO
MEDICO: ERIVALDO MACHADO FEITOSA
POSTO: POSTO 1 - INF. 208 LEITO:

DATA: 04/04/2018

SEXO: F
IDADE: 29a 8m 24d

COAGULOCRAMA

Material: Soro

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 Lige.....: NEGATIVA
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL

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

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QERM - AC. BIOQUIMICO
-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. 18 de Abril, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 640-000 - 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 Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Matr. 14493-9
Chefe do Setor de Análises Clínicas

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 DIREÇÃO ARCA DA
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

Pedido de Exames de Imagem

RECEPCAO INTERNAÇÃO

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:

RG: 3015003

SSP-PI

Telefone: 98313569

Observação:

PEDIDO DE EXAME ELETROCARDIOGRAMA HPM

Atendimento: 620291

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

Médico Solicitante:

Unidade Solicitante: POSTO II

Código Pedido: 95146

Convênio: SUS - INTERNACAO

Origem: RECEPCAO INTERNAÇÃO

CRM: 2540

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

Paciente: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Exame: ELETROCARDIOGRAMA

Data do exame: 18/04/2018 23:30:00

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pedido: 95146

Atendimento: 620291

Data de Nasco: 12/07/1988 0:

Assinatura:

Observação: A entrega de exames somente será realizada mediante a apresentação deste canhoto e de 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

Luis Henrique Macancelos Reis
RGPM 15198193-2 / Matr. 14495-9
Chefe do Setor de Imagem



2018-04-05 08:24

ID : 95146

Name : SANDRA SANTOS

Age : 29yrs. Sex : FEM

H : 0cm W : 0kg

Heart Rate : 59 bpm

PR int. : 118 ms

QRS dur. : 88 ms

QT/QTc : 436/429 ms

P-R-T axes : 18-11-3

3Channel + 1 Rhythm Report

*** Analysis Result ***

Bradicardia Sinusal (HR: 50-59)

Eixo Normal

[Alterações Mínimas ou Variação Normal do ECG]

*** Comment ***

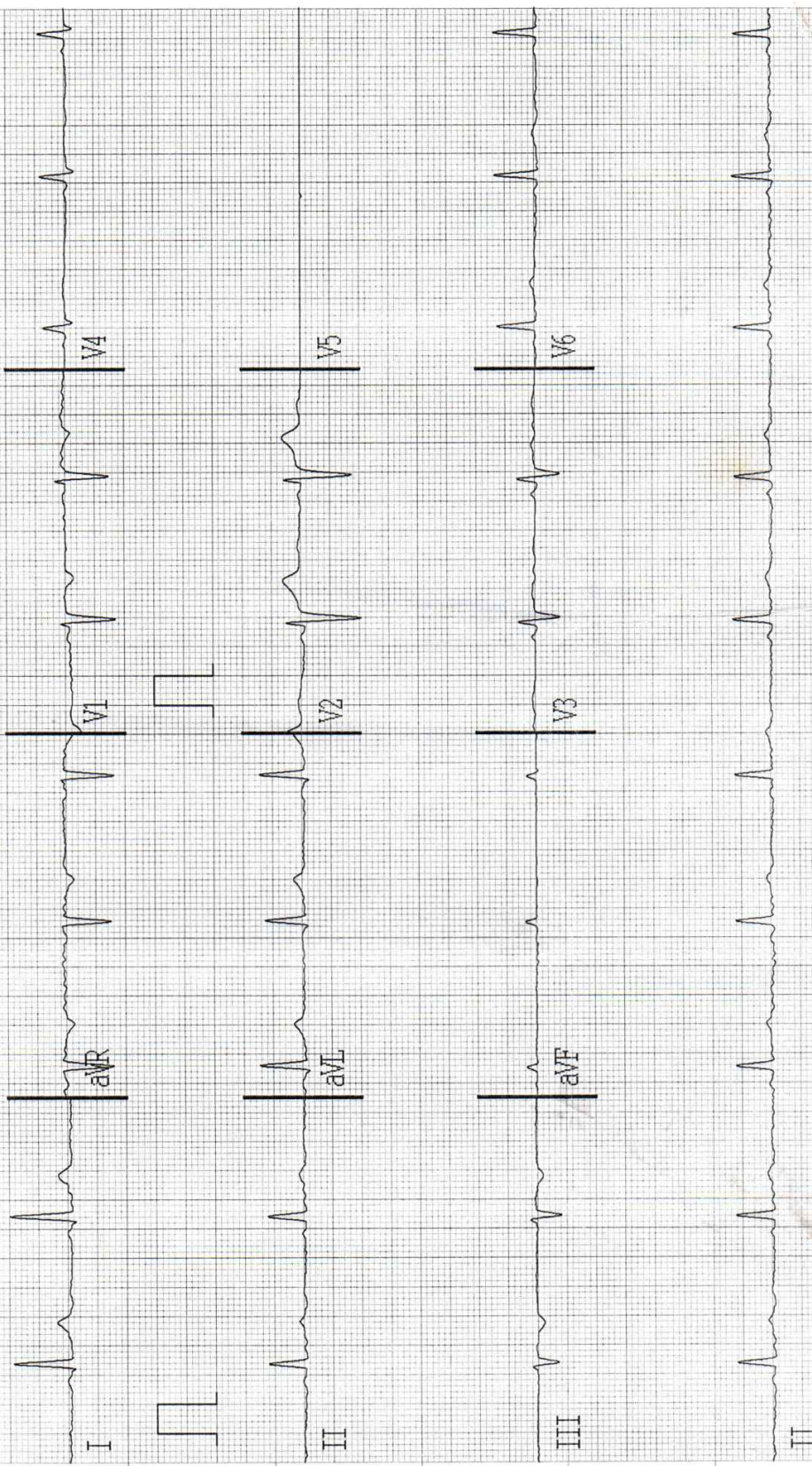
Hospital : uç. D?

Confirmed by :

PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

DATA NASCIMENTO: 12/07/1988 29 - ANOS

MÉDICO SOLICITANTE: DR. ERISVALDO M. FEITOSA



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

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

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd.

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / MBL 14455-9
Chefe do Setor de Diagnóstico

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

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

| | |
|--|---|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA | CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0408020431 |
|--|---|

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

| | |
|---|--------------------------|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA | CÓDIGO 0408020431 |
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO | CÓDIGO 0408020407 |
| DIAGNOSTICO INICIAL FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO | CID 10 PRINCIPAL S525 |
| | CID 10 SECUNDARIO |
| | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE APRESENTA FRAT DE RADIO DISTAL ESQUERDA, NECESSIDADE DE CIRURGIA.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

| | |
|---|---|
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE TERCIO DANTAS MOURA | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Tercio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3824 |
| CNS SOLICITANTE 980016283179474 | DATA SOLICITAÇÃO 11/04/2018 |

AUTORIZAÇÃO

| | |
|---|--|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) |
| CNS AUTORIZADOR 980016001406516 | ORGAO EMISSOR 04/04/2018 23:03:04 |

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMP
CRM-PI 2608

Luiz Henrique Vasconcelos Reis
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 nº 3.015.003, CPF nº 041.989.299-31, residente na Localidade São João, 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 Nº 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

Sequeradora Zilda DPUAT

Pedro II, 03 de agosto de 2019

ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE

sandra maria de oliveira santos



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

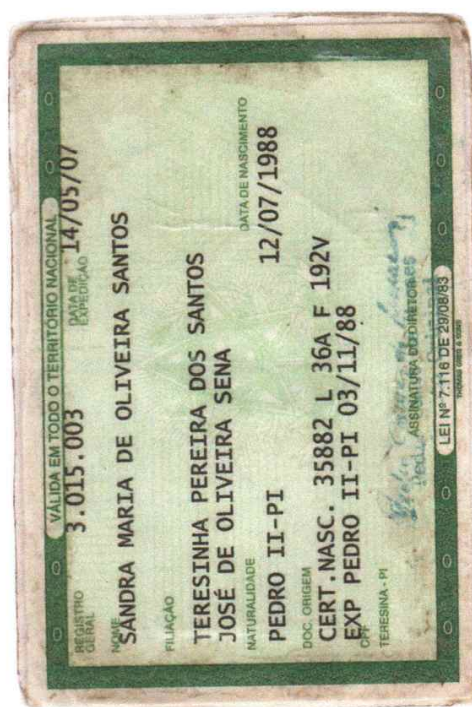
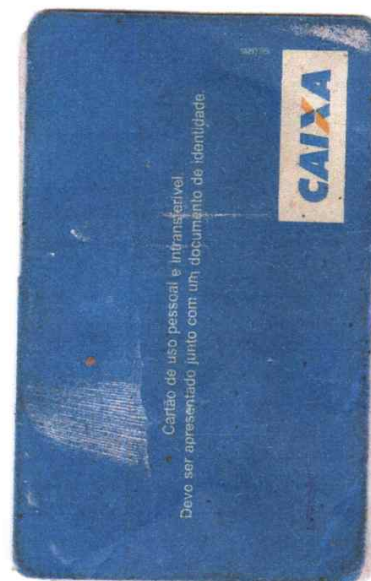
Eu, Sandra Maria de Oliveira Santos, brasileira,
RG nº 3.015.003, CPF nº 041.489.293-31, residente na
Localidade: Lagoa, Zona Rural de Pedro II - PI.

DECLARO, 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 de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 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 maria de oliveira Santos
NOME COMPLETO







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

DP DE PEDRO II

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PEDRO II

Endereço

ROÇA DOS PEREIRAS, Nº:

Complemento

PRÓXIMO AO ZÉ GARAPA

Data/Hora

28/03/2018 - 18:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: LOCALIDADE ROÇA DOS PEREIRAS, Nº SN

Complemento: ROÇA DOS PEREIRAS

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: FABIANA ALVES DOS SANTOS

Mãe: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS

Endereço: LAGEIRO, Nº SN

Complemento: LAGEIRO

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Nome: LUCILENE MARTINS DE SOUSA

RG: 3234897 SSP PI

Mãe: LUSIA ALVES DE SOUSA

Endereço: RUA SORIANO PEDRO DE SOUSA, Nº 375

Bairro: SANTA FE

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

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

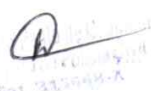
1370 v. 1.0

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


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 Oliveira Santos
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
() Responde ao Comando
() Responde a Dor
() Sem Resposta

PUPILAS

- (X) Iguais
() Desiguais
()

FALA

- (X) Normal
() Confusa
() Nenhuma

PULSO RADIAL:

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

Sat 99 6:00 301 T

| SINAIS VITAIS | 1ª Verificação | 2ª Verificação |
|---------------|----------------|----------------|
| Hora | | |
| PA | 110 x 70 | |
| Pulso | 90 | |
| Respiração | 20 | |

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:

DCZ vítima de acidente de moto recente com fratura
no braço esquerdo e sem pequenas lesões.

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.

Heráclio Gomes
Ronda

Profissional Receptor do Hospital

Médico/Enfermeiro





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



SAMU
192

Nº _____

SOLICITAÇÃO DE SOCORRO

DATA: 22/03/18 Nº FONE DO SOLICITANTE: Maria Nº VÍTIMAS: 94 84 56 86

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: Anta da Entrada do Museu do Povo BR 404
PONTO DE REFERÊNCIA: oposto a Feirinha

CONTROLE DA UNIDADE

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| SAÍDA DO P.A.: <u>19:05</u> H | CHEGADA AO LOCAL: <u>19:16</u> H |
| SAÍDA DO LOCAL: <u>19:27</u> H | CHEGADA AO HOSPITAL: <u>19:38</u> H |
| SAÍDA DO HOSPITAL: <u>19:59</u> H | CHEGADA AO P.A.: <u>20:05</u> H |

HOSPITAL DE DESTINO: H. J. C. V.

APOIO SOLICITADO:

☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ UNIDADE EXTRA ☐ CAPS

TELEFONISTA

MÉDICO REGULADOR

CARTÓRIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFÍCIO

CERTIDÃO

CERTIFICO QUE A PRESENTE COPIA ESTA
CONFORME O ORIGINAL QUE CONFERI E
AO QUAL ME REPONTO E DOU FÉ
EM TESTE: _____

PEDIDO II () 22/03/2018

TABELIÃO DO 2º OFÍCIO

Del. Antônio Sérgio de Sousa Junior
Tabelião e Tabelião Substituto
Registro Civil e Penal
2º Ofício Pedro II - PI

