
Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200041763

Vítima: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

Data do Acidente: 07/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

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



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200041763

Vítima: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

Data do Acidente: 07/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: **MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000001989**

Conta: **0000060603-3**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 062.356.753-99 4 - Nome completo da vítima: Maria Osmarina Oliveira Gomes

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

5 - Nome completo: Maria Osmarina Oliveira Gomes 6 - CPF: 062.356.753-99
7 - Profissão: Secretária R. Maria de Jesus Silveira 8 - Endereço: 9 - Número: 2641 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vale quem tem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64066-260
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8499982-3093

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 60603 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 28/06/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000929/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/01/2020 08:23 Data/Hora Fim: 14/01/2020 09:08
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

574462

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/02/2019 22:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Pedra Mole
Logradouro: rua ana maria gonçaves e silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 04/05/1992 Idade: 27 anos
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Auxiliar Administrativo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Oliveira Lima

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 062.356.753-99

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA SANTANA Nº: 1641
Bairro: TABAJARAS

Nome Civil: CAMILA SOARES EVANGELISTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 08/05/1992 Idade: 27 anos
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Auxiliar Administrativo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: ROSALIA SOARES EVANGELISTA Nome do Pai: EDMILSON EVANGELISTA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 037.134.103-56
RG - Carteira de Identidade: 3131261

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA ALCIDES FREITAS Nº: 2485
Bairro: MATINHA CEP: 64.003-150



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000929/2020

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 037.134.103-56

Placa OVY3283

Renavam 01003874247

Número do Motor HC14E2E023332

Número do Chassi 9C2HC1420ER023332

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor VERMELHA

UF Veículo Piauí

Município Veículo Teresina

Marca/Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 07/11/2016

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

CAMILA SOARES EVANGELISTA

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE DISSE QUE QUANDO TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, UMA OUTRA MOTO INVADIU A PREFERENCIAL, QUANDO AS MESMAS SE CHOCARAM, DISSE AINDA QUE O CAUSADOR DO ASIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL, LEVADA PARA A UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR. LUIZ MILTON DE AREA LEÃO, REGULAÇÃO N: 60028, E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HUT, PRONTUARIO N: 502031. ESTE B.O. É PARA FINS DO D.P.VAT. ERA O B.O.

ASSINATURAS


Jose Nilton Nunes Filho
agente de polícia
Matrícula 009070x

Responsável pelo Atendimento


Maria Osmarina Oliveira Gomes
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 14/01/2020 09:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 062.356.753-99 4 - Nome completo da vítima: Maria Osmarina Oliveira Gomes

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

5 - Nome completo: Maria Osmarina Oliveira Gomes 6 - CPF: 062.356.753-99
7 - Profissão: Secretária R. Maria de Jesus Silveira 8 - Endereço: 9 - Número: 2641 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vale quem tem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64066-260
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8499982-3093

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 60603 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 28/06/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MS/DATASUS

UNIDADE DE SAUDE DR. LUIS MILTON DE AREA LEAO

No. DO BE: 467925
CNS:DATA: 07/02/2019 HORA: 22:52 USUARIO: ISMAILY
SETOR: 03-EMERGENCIA PRONTO-SOCORRO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE-

NOME : MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES DOC...:
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 04/05/1992 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: RUA SANTANA NUMERO: 2641
COMPLEMENTO....: BAIRRO: CIDADE JARDIM
MUNICIPIO.....: TERESINA UF: PI CEP...:
NOME PAI/MAE...: *Maria da Luz Oliveira*
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...:
PROCEDENCIA...: CIDADE JARDIM
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO MOTO/PASSEIRO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *17/02/2019*
Paciente com trauma no tórax esquerdo com
*fractura de costela e hemoqueleto; fratura*ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *conferido no JCM 10 de 11/02/2019*
*paciente em fratura fechada; com dor*DIAGNOSTICO: *fratura de costela*PRESCRICAO *analgesico*

HORARIO DA MEDICACAO

Cl. Contusões compressivas
Em no tórax na região
Maria da Luz Oliveira (PA, FC)
2
2cc + 10 mg de morfina IV em 23/45min

DATA DA SAIDA: *17/02/2019*
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] RESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *IV em 23/45min*TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOLAssinatura do Paciente/Responsavel: *Maria da Luz Oliveira*
Assinatura e Carimbo do Medico: *Dr. Raimundo Milton Silva Mendes**13:50 PA - 110 x 70 mmHg**13:55h, 17/02/2019, P/ HST*CONFERE COM
A ORIGINAL

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 512861900	Nº REGULAÇÃO: 60028	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAUDE DR LUIZ MILTON DE AREA LEAO - (86) 3235-2074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		NASCIMENTO: 04/05/1992

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: TE REFERINDO ACIDENTE DE TRAFEGO COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E COM FRATURA EXPOSTA A NIVEL DO DORSO DO PE ESQUERDO			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA:	07/02/2019 23:57:46
 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000060603-3

Nr. da Autenticação B125B1810CC1EE40

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

274-805698441-9

01/01/2019

HORA DE 11:10:47

01/01/2019

TERM 050479

LOCALIDADE: ERESINA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CD PROVADE DE PAGAMENTO
C PISA CENT ELET PIAUI

VALOR DO PAGAMENTO: 23,67

36000000007 236700170004
00000003897 635809190008

274-805698441-9

VIA

equatorial
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B - 1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
concedo, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0389635-8

Nº da Nota Fiscal

027309503

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 70.436 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	20-09-2019	30	23,67

MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA
R. MARIA DE JESUS SILVEIRA 2641 2641 VALE QUEM TEM
CPF: 00053486277391

CEP: 06410006 - TERESINA	DATAS DA LEITURA
Atual:	Atual:
Anterior:	Anterior: 13/09/2019
Constante de Multiplicação:	Próxima Leitura: 15-08-2019
Consumo Medido:	Emissão: 15-10-2019
Consumo Faturado:	Apresentação: 12-09-2019
Forma de Faturamento:	Dias de Consumo: 13-09-2019
Consumo de Irregularidade: 30	

MINIMO	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	29
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor
RESTOQUE	MONO	A2044630
Mês/ano consumo		

CONSUMO	30 A R\$	0,711519 =	21,34
AG0/19	103		
JUL/19	97		
JUN/19	94		
MAI/19	50		
ABR/19	70		
MAR/19	130		
FEV/19	25		
JAN/19	425		
DEZ/18	0		
NOV/18	30		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS DA REAVISÃO	***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Mês/Ano	Trimestre de vencimento de (total) 01/01/19 a 31/03/19
01/2/19	425,81 (se o vencimento for 01/01/19, a data deve ser 01/01/19)
10/2/18	61,64
09/2/18	57,05
Ha mais 105 conta(s)	obrigados de pagar a todos os meses a partir da data de vencimento de 01/01/19, com o valor de 105,00 (cento e cinco reais) por mês.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1	10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 7A85.00B8.CCE2.1BC9.1B5A.004F.9E9C.98A0	Alíquota ICMS:
Energia:	Valor do ICMS: 21,34
Transmissão: 5,76	Valor do PIS:
Encargos: 11,11	Valor do COFINS:
Tributos: 1,87	

0,92	INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40%	0,30
1,68	FIC	6,40% IMC	1,38
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Trimestral	Anual	Mensal	Anual

Limita	Realizado

Cálculo	5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94	R\$0,00
	0,00			0,00			0,00	

POTY

SEU CÓDIGO 07/2019 TOTAL A PAGAR - R\$ 24,34

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu maia do Carmo Proudonio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

maia Osmaína oliveira Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.356.753 / 99

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima maia Osmaína oliveira Gomes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.356.753 / 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Junelha</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel.(DDD): <u>86</u> <u>99982-3093</u>

Local e Data: Teresina - PI 21/01/2020

maia do Carmo Proudonio da Silva
Assinatura do Declarante

Ortopedistas

- Dr. Albert Medeiros
CRM 3567
- Dr. Elias Barbosa
CRM 1033
- Dr. Osvaldo Mendes
CRM 2108
- Dr. Pedro Coimbra
CRM 1827
- Dr. Poncion Rodrigues
CRM 913
- Dr. Sotter Brito
CRM 1493
- Dr. Wilson Rodrigues
CRM 1839
- Dr. Ricardo Valença
CRM 3766
- Dr. Francisco das Chagas
CRM 2920

Convênios

Amil
Assefaz
Camed
Cassí
Correios
Fachesf
Geap
Ipmt
Iapep
Intermed
Medplan
Saúde Caixa
Piamta
Plante
Unimed



ortoclínica

ortopedia e traumatologia

Ao Sr(a). MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO
DIA 07-02-19 APRESENTANDO FRATURA
EXPOSTA DE METATARSOS DO PÉ DIREITO
SENDO SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO
EVOLUINDO COM INFECÇÃO PÓS OPERATÓRIO
SENDO REOPERADA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE
COM FRATURAS CONSOLIDADAS, RESOLUÇÃO DO
PROCESSO INFECCIOSO PORÉM AINDA TEM
LIMITAÇÃO FUNCIONAL SECUNDÁRIA AS
SEQUELAS QUE A IMPEDE DE TRABALHAR
POR TEMPO INDETERMINADO. SÃO ELAS ;

- DOR
- CLAUDICAÇÃO
- LIMITAÇÃO DISCRETA DE MOVIMENTO DO MEDIOPE
- EDEMA RESIDUAL

CID S929 M21 M255 M86 T009

Teresina(PI) 17 de Setembro de 2019


Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305
ortoclínica
Tel: 9.8884 - 0561

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia Traumatologia
Reconstrução e Alongamento ósseo
CRM PI - 3766 TEOT 11305

Rua Des. Pires de Castro, 595-N • (86) 3222.5598 / 3222.5514 • Fone/Fax: (86) 3222.5853
CNPJ: 11.647.518/0001-38 • CEP 64.000-390 • Teresina - PI



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: M^a Osmarina Oliveira Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502031

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

Assessoria Médica de Emergência
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 08/02/2019 00:51:56

(User: ROCELDO)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		Prontuário: 502031
Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA	Pai: OSVALDO OLIVEIRA GOMES	
End.Resid.: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/05/1992	Idade: 26a9m4d	Sexo: Feminino Fone: 86-98831-5913
Responsável: MARIA DE LOURDES		CNS: 700504945197660
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: RG: 3451347 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 706619	Entrada: 08/02/2019 00:40:16	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Principal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Fratura exposta	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM SINAIS DE FRATURA EXPOSTA EM DORSO DE PÉ DIREITO. ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA.		RAYLTON DA SILVA CARDOSO COREN 324211 Em: 08/02/2019 00:45:59

SSVV: (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Acidente de moto com dor em pe D	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares: EX

Prescrição Médica: medicamentos

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA:
--	------------------	--------------

Assinatura Paciente ou Responsável

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
CRM PI 3531 Em: 08/02/2019 00:51:55



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Wm/Ana Mariana Oliveira Gomes

Diagnóstico pré-operatório

Fx de I e II Metatarsos D

Operação - Tipo

Lmc + Fratura CI FK

Cirurgião

Dr. Wmundo

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Fior

Anestesiista

Dr. Marcos

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação

08/02/19

Início

05:40

Fim

02:45

Diagnóstico Pós-operatório

0 mms

Relatório Imediato do Patologista

0

Acidente Durante a Operação

Não Houve

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Fx em MMA por Ruptura
- 2) Manuseio + Fx + Cap. est. b
- 3) Fx amplas de furo de b
- 4) Desbrid. + Fx de I e II metatarsos D CI FK 1.5
- 5) Fx de I e II metatarsos D CI FK 1.5
- 6) Sutura pele + ardo

Dr. Wmundo L. Costa
CRM-PA 47390
TÍT. 1993

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
COM 76 HUT



232618

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

175495

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**232618****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome:

MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

6 - Prontuário: 502031

7-CNS:

700504945197660

8-Nascimento: 04/05/1992

9-Sexo: **Feminino**

RG: 3451347 - SSP PI

11-Mãe:

MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA

12-Fone: 86-98831-5913

13-Resp:

MARIA DE LOURDES14-Cor: **Sem Informação**

15-Endereço:

RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - CEP: 64000-010

16-Munic:

TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Id. vítima de acidente de trânsito, envolto com
dois ferimentos no pé D*

21 - Condições que justificam a internação:

Ho. Amigo

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Rx

23-Diagnóstico Inicial:

fratura de ossos do metatarso

24-CID Prim:

S923

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408050462

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02**01**

CPF

804.614.683-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

WILANILDO LIMA COSTA

34-Data Solicitação:

08/02/2019

35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

*João Luiz Mendes da Mota
Médico: 4750
SAME HUT
CONF. COM ORIGINAL*

*Wilton L. Costa
CRM PI 17499 / CBO 34053*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 706619

Consulta SUS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

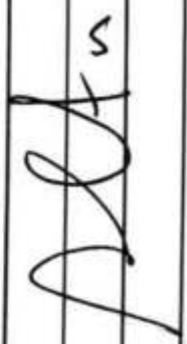
DATA 08/02/19.

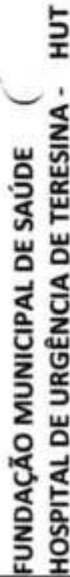
NOME DO PACIENTE: <u>Márcia Oliveira Oliveira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>502034</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fio Expulso de I. II Metabólico</u>	CIRURGIA: <u>Luc 4 Fucop a</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wmildo L. Costa</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Estudante</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Maximiliano</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Fier</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA Nº 70	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 75	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 22	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Elektrodes - 05			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Exeres - 03			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Cregom - 02			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				faixa de smart - 03.			
ALCOFIL							
MONONYLON	20	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Patricia Fontinele</u>			
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
BAMB. HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	234	ENF, OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		502031	04/05/1992	26	Ortopédica	234	241		
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA							
CÓDIGO									
: 08/02/2019		FRAT MTT D							
09/02/19									
1	Dieta oral livre								
2	Jeito salinizado								
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs								
6	Tramadol 50mg _ + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN								
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N								
8	Cuidados gerais e sinais vitais								
									
Dr. Jordano Cronemberger / Ortopedia e Traumatologia / CRM3415-TEOT10029 Dr. Yuri Jivago Félix / Ortopedia e Traumatologia / CRMPI2308 Dr. Ricardo S. Valença / Ortopedia e Traumatologia / CRM3766-TEOT11305 Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho / Ortopedia e Traumatologia / CRM3367									



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CAMILA

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME D. Maria IDADE anos DATA 08/02/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 02 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>126/58 mmHg</u>	<u>113/62 (78)</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>63 bpm</u>	<u>79</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		<u>G. Aniane</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE ESCALAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☒	2
Movimenta dois membros	1	1	☒	1	☒	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☒	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐	1
Tem apnéia	0	0	☐	0	☐	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☒	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐	0
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☒	2
Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐	1
Não responde	0	0	☐	0	☐	0
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☒	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL					
ESCALA DE DOR ALTA	ASS.					

ONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGÁSTRICA	SONDA () NASOENTRAL
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 02:50h. Admitida na SRPA em PDI de TTA Cirurgião de olhos metatarsianos. Sem
 afeto de anestesia geral. Consciente, orientada. Hemodinamicamente estável. Curto.
 vômitos em MTD, língua úmida. Sem queixas no momento.

07:50 altera da SRPA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

CONFERE COM O ORIGINAL

João Luiz Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HJT

Fernanda
 Médica
 Anestesiologista

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-03

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 16/02/2019 07:15:55

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESSO02)

Nome: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		Prontuário: 502031
Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA		Pai: OSVALDO OLIVEIRA GOMES
End.Resid.: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/05/1992	Idade: 26a9m12d	Sexo: Feminino Fone: 86-98831-5913
Responsável: MARIA DE LOURDES		CNS: 700504945197660
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: RG: 3451347 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 707967	Entrada: 16/02/2019 07:11:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		?

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: trauma em pe	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares: pe

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 16/02/2019 07:15:54



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Ator uterino agudo
após amf
fun est
fun est en p^o
fun est en p^o

OTORRINOLARINGOLOGIA
HUT
TERESINA

ANATOMIA PATOLÓGICA
HUT
TERESINA

FMS SUS HUT

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 233122
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	233122

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES	6 - Prontuário: 502031
7-CNS: 700504945197660 8-Nascimento: 04/05/1992 9-Sexo: Feminino	RG: 3451347 - SSP PI
11-Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA	12-Fone: 86-98831-5913
13-Resp: MARIA DE LOURDES	14-Cor: Sem Informação
-Ender: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - CEP: 64000-010	
5-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Marcado com lesões na pele</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>feridas</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>etc</i>
23-Diagnóstico Inicial: traumatismos superficiais múltiplos não especificados
24-CID Prin: T009 25-CID Sec.: 26-CID C.Aas.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo SUS 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 877.154.063-68	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	34-Data Solicitação: 16/02/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sci.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Carimbo (Ass. Conselho)
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 7390	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 707967 Consulta SUS: Impressão: 16/02/2019 08:15:31

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 178106
	AIH: 2219100112867
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES	NASCIMENTO 04/05/1992	SEXO F	PRONTUÁRIO 502031
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA DE LURDES OLIVEIRA LIMA	RESPONSÁVEL MARIA LOURDES	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA SANTANA			NUMERO / LOTE 2641
BAIRRO CIDADE JARDIM	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR EM MI

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 16/02/2019
DATA ADMISSÃO 16/02/2019 07:11	DATA ALTA 18/02/2019 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARLINDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07959400561 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 16/02/2019 08:24:46 CPF: CRM:
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CONFERE

HUT

NOME DO PACIENTE				UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO																																																																																																																																																																																																																																																																
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																																																																																																																																		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																																																																																																																																																		
EXAMES DE URINA																																																																																																																																																																																																																																																																								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																																																																																																																																																																																																																								
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																																																																																																																																																																																			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE																																																																																																																																																																																																																																																																	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																																																																																																																																																																																																																																																																				
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS		OUTROS																																																																																																																																																																																																																																																																
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS																																																																																																																																																																																																																																																																			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS																																																																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>OXIGÊNIO</th> <th colspan="10"></th> <th>TOTAL DE DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">LÍQUIDOS</td> <td>SO-UTO</td> <td>500</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>400</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td>300</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TEMPERATURA T</td> <td rowspan="2">Cº</td> <td>260</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">P. ARTERIAL V O PULSO</td> <td rowspan="4">38</td> <td>2</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td rowspan="4"></td> <td>1</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td rowspan="4"></td> <td>80</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td rowspan="2"></td> <td>10</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="10"></td> </tr> </tbody> </table>										AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO											TOTAL DE DOSES	LÍQUIDOS	SO-UTO	500													400											SANGUE	300												200											TEMPERATURA T	Cº	260												240											P. ARTERIAL V O PULSO	38	2												200											180											160											INÍCIO E FIM ANESTESIA X		1												140											120											100											INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80												60											40											20											RESPIRAÇÃO O		10																						
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO											TOTAL DE DOSES																																																																																																																																																																																																																																																											
LÍQUIDOS	SO-UTO	500																																																																																																																																																																																																																																																																						
		400																																																																																																																																																																																																																																																																						
	SANGUE	300																																																																																																																																																																																																																																																																						
		200																																																																																																																																																																																																																																																																						
TEMPERATURA T	Cº	260																																																																																																																																																																																																																																																																						
		240																																																																																																																																																																																																																																																																						
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2																																																																																																																																																																																																																																																																						
		200																																																																																																																																																																																																																																																																						
		180																																																																																																																																																																																																																																																																						
		160																																																																																																																																																																																																																																																																						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		1																																																																																																																																																																																																																																																																						
		140																																																																																																																																																																																																																																																																						
		120																																																																																																																																																																																																																																																																						
		100																																																																																																																																																																																																																																																																						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80																																																																																																																																																																																																																																																																						
		60																																																																																																																																																																																																																																																																						
		40																																																																																																																																																																																																																																																																						
		20																																																																																																																																																																																																																																																																						
RESPIRAÇÃO O		10																																																																																																																																																																																																																																																																						
SÍMBOLOS										DURAÇÃO																																																																																																																																																																																																																																																														
TÉCNICAS										INCIDENTE - ACIDENTE																																																																																																																																																																																																																																																														
OPERAÇÕES																																																																																																																																																																																																																																																																								
CIRURGIÕES																																																																																																																																																																																																																																																																								
ANESTESISTAS																																																																																																																																																																																																																																																																								
PARTICULARIDADES										CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																																																																																																																																																														

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____**Fundação Municipal de Saúde****BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 16/02/19

NOME DO PACIENTE: <i>M^{te} Rosmarina Oliveira Gomes</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>50.2031</i>
DIAGNÓSTICO: <i>função p^o</i>	CIRURGIA: <i>função p^o</i>
ANESTESIA: <i>Rapida</i>	Nº DA SALA: <i>05</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Chagas</i>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <i>Dr. Enzo</i>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <i>Edna</i>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	-		LUVA Nº 75	PAR	04	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 70	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		luvas n: 8,0	par	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				eletrodos und 05			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				escova de degerman und 03			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				crepom und 01			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	und	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>funcionário</i>			
PROLENE							

João Luiz Pereira de Sá
R. 17350
S. 1117
CONFETERIA O ORIO

ARM3415-TEOT10029

1

1111

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES** (Prontuário: 502031)
Endereço: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/05/1992 Idade: 26a9m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706619
Requisição: 919537 Solicitação: 08/02/2019 Solicitante: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Controle: 1150867 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas transversas completas recentes no 1° e 2° metatarsos com desvio no 2°.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAJE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES** (Prontuário: 502031)
Endereço: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/05/1992 Idade: 26a9m10d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232618
Requisição: 919581 Solicitação: 08/02/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1151022 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas recentes alinhadas no 1º e 2º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47350
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES (Prontuário: 502031)**
Endereço: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Data de Nascimento: 04/05/1992 Idade: 26a9m10d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232618
Requisição: 919581 Solicitação: 08/02/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Número de Controle: 1151022 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Número do SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas recentes alinhadas no 1º e 2º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

FISICIANTE (S)

TERESINA - PI 14/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Paciente: 020156 MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES Idade: 27 Anos 04/05/1992
Requisição: 027764 Data: 24/05/2019 14:23 usu KAL
Médico: MEDICO EXTERNO
PARTICULAR IMAGEM

EXAME: RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

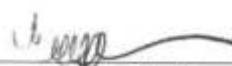
RELATÓRIO:

Desmineralização óssea.
Fratura consolidada na diáfise do 2º metatarseano fixada por haste, intramedular.
Fratura na diáfise do 1º metatarseano, com persistência parcial do traço da fratura.
Haste metálica no local.
Superfícies e espaços articulares íntegros.
Partes moles sem alterações.

Conclusão:

- Laudo descritivo.

Teresina(PI), 24 de Maio de 2019



Dra. Lorena Santos Silva Tavares
CRM 1666-PI

Ortopedistas

- Dr. Albert Medeiros
CRM 3567
- Dr. Elias Barbosa
CRM 1033
- Dr. Osvaldo Mendes
CRM 2108
- Dr. Pedro Coimbra
CRM 1827
- Dr. Poncion Rodrigues
CRM 913
- Dr. Sotter Brito
CRM 1493
- Dr. Wilson Rodrigues
CRM 1839
- Dr. Ricardo Valença
CRM 3766
- Dr. Francisco das Chagas
CRM 2920

Convênios

Amil
Assefaz
Camed
Cassí
Correios
Fachesf
Geap
Ipmt
Iapep
Intermed
Medplan
Saúde Caixa
Piamta
Plante
Unimed



ortoclínica

ortopedia e traumatologia

Ao Sr(a). MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO
DIA 07-02-19 APRESENTANDO FRATURA
EXPOSTA DE METATARSOS DO PÉ DIREITO
SENDO SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO
EVOLUINDO COM INFECÇÃO PÓS OPERATÓRIO
SENDO REOPERADA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE
COM FRATURAS CONSOLIDADAS, RESOLUÇÃO DO
PROCESSO INFECCIOSO PORÉM AINDA TEM
LIMITAÇÃO FUNCIONAL SECUNDÁRIA AS
SEQUELAS QUE A IMPEDE DE TRABALHAR
POR TEMPO INDETERMINADO. SÃO ELAS ;

- DOR
- CLAUDICAÇÃO
- LIMITAÇÃO DISCRETA DE MOVIMENTO DO MEDIOPE
- EDEMA RESIDUAL

CID S929 M21 M255 M86 T009

Teresina(PI) 17 de Setembro de 2019


Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 TEOT: 11305
ortoclínica
Tel: 9.8884 - 0561

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia Traumatologia
Reconstrução e Alongamento ósseo
CRM PI - 3766 TEOT 11305

Rua Des. Pires de Castro, 595-N • (86) 3222.5598 / 3222.5514 • Fone/Fax: (86) 3222.5853
CNPJ: 11.647.518/0001-38 • CEP 64.000-390 • Teresina - PI



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: M^a Osmarina Oliveira Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502031

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

Assessoria Médica de Emergência
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 08/02/2019 00:51:56

(User: ROCELDO)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		Prontuário: 502031
Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA	Pai: OSVALDO OLIVEIRA GOMES	
End.Resid.: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/05/1992	Idade: 26a9m4d	Sexo: Feminino Fone: 86-98831-5913
Responsável: MARIA DE LOURDES		CNS: 700504945197660
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: RG: 3451347 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 706619	Entrada: 08/02/2019 00:40:16	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Principal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Fratura exposta	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM SINAIS DE FRATURA EXPOSTA EM DORSO DE PÉ DIREITO. ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA.		RAYLTON DA SILVA CARDOSO COREN 324211 Em: 08/02/2019 00:45:59

SSVV: (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Acidente de moto com dor em pe D	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares: EX

Prescrição Médica: medicamentos

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA:
--	------------------	--------------

Assinatura Paciente ou Responsável

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
CRM PI 3531 Em: 08/02/2019 00:51:55



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

União Manoel Oliveira Gomes

Diagnóstico pré-operatório

Fx de I e II Metatarsos D

Operação - Tipo

Lmc + Fratura CI FK

Cirurgião

Dr. Wmundo

1º Assistente

2º Assistente

Instrumentador(a)

Fior

Anestesiista

Dr. Wmundo L. Costa
CRM-PA 47404-4
6553

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação

08/02/19

Início

05:40

Fim

02:45

Diagnóstico Pós-operatório

0 mm

Relatório Imediato do Patologista

0

Acidente Durante a Operação

Não Houve

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Fx de I e II Metatarsos D
- 2) Manuseio + Fratura + Fratura
- 3) Fx de I e II Metatarsos D
- 4) Fratura de I e II Metatarsos D
- 5) Fratura de I e II Metatarsos D
- 6) Fratura de I e II Metatarsos D

Dr. Wmundo L. Costa
CRM-PA 47404-4
6553

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CRM-PA 47404-4
6553

CRM-PA 47404-4
6553



232618

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

175495

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**232618****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES**

6 - Prontuário: 502031

7-CNS: 700504945197660

8-Nascimento: 04/05/1992

9-Sexo: **Feminino**

RG: 3451347 - SSP PI

11-Mãe: **MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA**

12-Fone: 86-98831-5913

13-Resp: **MARIA DE LOURDES**14-Cor: **Sem Informação**15-End: **RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Idade avançada de idade, com
doença fratura no pé D*

21 - Condições que justificam a internação:

Idade avançada

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Rx

23-Diagnóstico Inicial:

fratura de ossos do metatarso

24-CID Prim:

S923

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050462**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS**

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02**01**

CPF

804.614.683-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

WILANILDO LIMA COSTA**08/02/2019**

35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 706619

Consulta SUS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

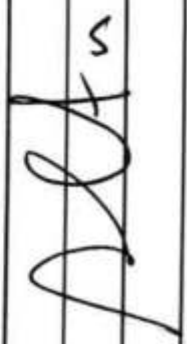
DATA 08/02/19.

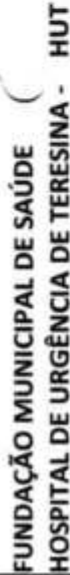
NOME DO PACIENTE: <u>Márcia Oliveira Oliveira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>502034</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fio Expulso de I. II Metatarsos</u>	CIRURGIA: <u>Luc 4 Fucop a</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wladimir</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Estudante</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Maximiliano</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Fier</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA Nº 70	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 75	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 22	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Elektrodes - 05			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Exeres - 03			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Cregom - 02			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				faixa de smart - 03.			
ALCOFIL							
MONONYLON	20	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Patricia Fontinele</u>			
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matriculada 47390
BAMB. HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC		IDADE	CLÍNICA	234	ENF, OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		502031		04/05/1992		26	Ortopédica	234	241		
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA									
08/02/2019		FRAT MTT D									
09/02/19											
1	Dieta oral livre										
2	Jeito salinizado										
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h										
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs										
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs										
6	Tramadol 50mg _ + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN										
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N										
8	Cuidados gerais e sinais vitais										
											
Joana Luiza Mendes de Almeida Médica - HUT CONFERE COMO O PAZ											
Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia											
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367											



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CAMILA

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME D. Maria IDADE _____ anos DATA 08/02/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 02 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

126/58 mmHg113/62 (78)

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

63 bpm79SATURAÇÃO DE O₂ (%)100%98%

TEMPERATURA AXILAR (0° C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/ MATRÍCULA

G. S. S. S.

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ADMISSÃO

SAÍDA

ATIVIDADE ESCALAR

Movimenta os quatro membros

2

2 ☐2 ☐2 ☐2 ☒

Movimenta dois membros

1

1 ☒1 ☐1 ☐1 ☐

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☒

Tem apnéia

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

Desperta, se solicitado

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

Não responde

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☒Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

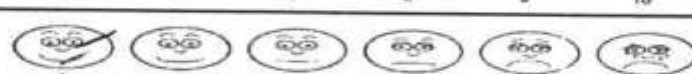
ESCALA DE DOR ADMISSÃO



TOTAL

910

ESCALA DE DOR SAÍDA



ASS.

Raquel Mendes Pedreiro
 COREN 377593-ENF

MP Agueda Coutinho
 COREN 200517-ENF

BOLHA VESICAL

() DRENO DE SUCÇÃO

() DRENO TORACICO

() DVE

() COLOSTOMIA

SONDA () NASOGÁSTRICA () SONDAGEM

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

02:50h. Admitida na SRPA em PDI de TTA Cirurgião de olhos metastasado. Sob
efeito de anestesia geral. Consciente, orientada. Hemodinamicamente estável. Curto
respiratório em MTD, limpo e úmido. Sem queixas no momento.

Raquel Mendes Pedreiro
 COREN 377593-ENF

07:50 Alter da SRPA

MP Agueda Coutinho
 COREN 200517-ENF

ALTA SRPA

HORÁRIO

Joana Luiza Mendes da Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HJT
 CONFERE COM O ORIGINAL

ANESTESIOLOGISTA

Fernanda
 Médica
 Anestesiologista

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-03

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 16/02/2019 07:15:55

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESSO02)

Nome: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		Prontuário: 502031
Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA		Pai: OSVALDO OLIVEIRA GOMES
End.Resid.: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/05/1992	Idade: 26a9m12d	Sexo: Feminino Fone: 86-98831-5913
Responsável: MARIA DE LOURDES		CNS: 700504945197660
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: RG: 3451347 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 707967	Entrada: 16/02/2019 07:11:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		?

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: trauma em pe	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares: pe

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 16/02/2019 07:15:54



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Ator uti med agud
apre ant
fun est
fun est en p^o
fun est en p^o

DTAC HANNO
CLINICA DE
TERESINA

DTAC HANNO
CLINICA DE
TERESINA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 233122
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES	6 - Prontuário: 502031
7-CNS: 700504945197660 8-Nascimento: 04/05/1992 9-Sexo: Feminino	RG: 3451347 - SSP PI
11-Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA	12-Fone: 86-98831-5913
13-Resp: MARIA DE LOURDES	14-Cor: Sem Informação
-Ender: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - CEP: 64000-010	
5-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Mania com sintomas de</i> <i>urgência</i>	
21 - Condições que justificam a internação: <i>Mania</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>psic</i>	
23-Diagnóstico Inicial: traumatismos superficiais múltiplos não especificados	24-CID Prin: T009 25-CID Sec.: 26-CID C.Aas.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27- Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo SUS 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 877.154.063-68	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	34-Data Solicitação: 16/02/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sci.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Carimbo (Ass. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 707967 Consulta SUS: Impressão: 16/02/2019 08:15:31
--	---

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 178106
	AIH: 2219100112867
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES	NASCIMENTO 04/05/1992	SEXO F	PRONTUÁRIO 502031
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA DE LURDES OLIVEIRA LIMA	RESPONSÁVEL MARIA LOURDES	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA SANTANA			NUMERO / LOTE 2641
BAIRRO CIDADE JARDIM	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR EM MI

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 16/02/2019
DATA ADMISSÃO 16/02/2019 07:11	DATA ALTA 18/02/2019 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARLINDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07959400561 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 16/02/2019 08:24:46 CPF: CRM:
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CONFERE	
---------	--

HUT

NOME DO PACIENTE				UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
EXAMES DE URINA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS		OUTROS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>OXIGÊNIO</th> <th colspan="10"></th> <th>TOTAL DE DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">LÍQUIDOS</td> <td>SO-UTO</td> <td>500</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>400</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td>300</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TEMPERATURA T</td> <td rowspan="2">Cº</td> <td>260</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">P. ARTERIAL V O PULSO</td> <td rowspan="4">38</td> <td>2</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td rowspan="4"></td> <td>140</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td rowspan="4"></td> <td>60</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td></td> <td colspan="10"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">SÍMBOLOS</td> <td></td> <td colspan="10"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="12">TÉCNICAS</td> <td rowspan="5">INCIDENTE - ACIDENTE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">OPERAÇÕES</td> </tr> <tr> <td colspan="12">CIRURGIÕES</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANESTESISTAS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">PARTICULARIDADES</td> </tr> </tbody> </table>										AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO											TOTAL DE DOSES	LÍQUIDOS	SO-UTO	500													400											SANGUE	300												200											TEMPERATURA T	Cº	260												240											P. ARTERIAL V O PULSO	38	2												200											180											160											INÍCIO E FIM ANESTESIA X		140												120											100											80											INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60												40											20											10											RESPIRAÇÃO O														SÍMBOLOS														TÉCNICAS												INCIDENTE - ACIDENTE	OPERAÇÕES												CIRURGIÕES												ANESTESISTAS												PARTICULARIDADES											
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO											TOTAL DE DOSES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
LÍQUIDOS	SO-UTO	500																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		400																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	SANGUE	300																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		200																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
TEMPERATURA T	Cº	260																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		240																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		200																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		180																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		160																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		140																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
RESPIRAÇÃO O																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
SÍMBOLOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
TÉCNICAS												INCIDENTE - ACIDENTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
OPERAÇÕES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
CIRURGIÕES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ANESTESISTAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
PARTICULARIDADES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____**Fundação Municipal de Saúde****BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 16/02/19

NOME DO PACIENTE: <i>M^{te} Domínguez Oliveira Gomes</i>	PRONTUÁRIO N°: <i>50.2031</i>
DIAGNÓSTICO: <i>função p^o</i>	CIRURGIA: <i>função p^o</i>
ANESTESIA: <i>Rapida</i>	N° DA SALA: <i>05</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Chagas</i>	CPF N°:
AUXILIAR:	CPF N°:
ANESTESISTA: <i>Dr. Enzo</i>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <i>Edna</i>	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	-		LUVA N° 75	PAR	04	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 70	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N° 20	UNID.	01		luvas n° 8,0	par	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				eletrodos und 05			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				escova de degerman und 03			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				crepom und 01			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	und	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>função</i>			
PROLENE							

João Luiz Pereira de Sá
R. 17350
S. 1117
CONFETERIA O ORIO



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		16/02/19		04/05/1992	26	Ortopédica	237	253	
ATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA								OBSERVAÇÕES
:16/02/2019	INFECÇÃO PÉ D								
18/02/19									10:00 - Paciente acordou
1	Dieta oral livre								
2	Gelco salinizado								
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
5	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N								
8	Curativos diários								
9	Cuidados gerais e sinais vitais								
Dr. João Paulo Crociani Breger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Vajda / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho									
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia									
CRM3415-PEOT10029 / CRM2508 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367									

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		43512	04/05/1992	26	Ortopédica	237	253	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
16/02/2019	INFECÇÃO PÉ D							
17/02/19	1 Dieta oral livre <u>Dr. Joelma</u> Nutricionista CRB 000.000.000 2 Jelco salinizado 3 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs 4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs 5 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN 6 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h 7 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N 8 Curativos diários 9 Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / CRM3766-TEOT:11305 / CRM3367								

[illegible]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES** (Prontuário: 502031)
Endereço: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/05/1992 Idade: 26a9m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706619
Requisição: 919537 Solicitação: 08/02/2019 Solicitante: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Controle: 1150867 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas transversas completas recentes no 1° e 2° metatarsos com desvio no 2°.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAJE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES** (Prontuário: 502031)
Endereço: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/05/1992 Idade: 26a9m10d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232618
Requisição: 919581 Solicitação: 08/02/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1151022 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas recentes alinhadas no 1º e 2º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47350
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES** (Prontuário: 502031)
Endereço: RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/05/1992 Idade: 26a9m10d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232618
Requisição: 919581 Solicitação: 08/02/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1151022 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas recentes alinhadas no 1º e 2º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

UIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Paciente: 020156 MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES Idade: 27 Anos 04/05/1992
Requisição: 027764 Data: 24/05/2019 14:23 usu KAL
Médico: MEDICO EXTERNO
PARTICULAR IMAGEM

EXAME: RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

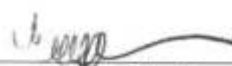
RELATÓRIO:

Desmineralização óssea.
Fratura consolidada na diáfise do 2º metatarseano fixada por haste, intramedular.
Fratura na diáfise do 1º metatarseano, com persistência parcial do traço da fratura.
Haste metálica no local.
Superfícies e espaços articulares íntegros.
Partes moles sem alterações.

Conclusão:

- Laudo descritivo.

Teresina(PI), 24 de Maio de 2019



Dra. Lorena Santos Silva Tavares
CRM 1666-PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035245/20

Vítima: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

CPF: 062.356.753-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/02/2019

Titular do CPF: MARIA OSMARINA
OLIVEIRA GOMES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES : 062.356.753-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/01/2020
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200041763 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES **Data do acidente:** 07/02/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º E 2º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4/6/14_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <u>Maria Osmarina Oliveira Gomes</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>representante</u>
Identidade nº: <u>3451347 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>062.356.753-99</u>	
Endereço: <u>R. Maria de Jesus Silveira: 2641 Vale Quem Tem</u>		
CEP: <u>64.066-260</u>	Telefone: <u>(86) 99982-3093</u>	<u>Teresina - PI</u>

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

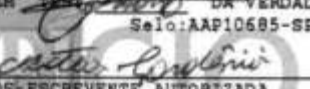
PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 07/02/19 para a Vitima Maria Osmarina Oliveira Gomes

Teresina-PI 19/12/2019

Local e data

Maria Osmarina Oliveira Gomes

- Vitima ou Representante Legal -

Cartório Themistocles Sampaio Cartório de Notas	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Lizardo Nequeira, 1221, Centro - CEP: 64060-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3214118 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br Titular: Anália Gonçalves de Sampaio Pereira
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES. DOU FE. EM <u>19/12/2019</u> DA VERDADE. Teresina-PI, 19/12/2019. Selo: AAP10685-SP7Y www.tjpi.jus.br/portalexta	
 KATIA GARDÊNIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA Emo: 3,85 - TO: 0,77 - FMM/PI: 0,10 - Selo: 0,26 - Total: 4,98 - OP: 140 PROCURAÇÃO PARTICULAR	
OFÍCIO DE NOTAS	

TERESINULLES SAMPAIO
OFÍCIO DE NOTAS
Gardênia da Silva Santos
 Escrivente Autorizada

ARTIGO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035245/20

Vítima: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

CPF: 062.356.753-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/02/2019

Titular do CPF: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES : 062.356.753-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/01/2020
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa