

Browser tabs: Email - Alana Lima - Outlook, Controle de documentos, Audiências, PJR Consulta processos - Processo, PJR 0817235-39.2020.8.18.0140 - PI.

Address bar: [tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=543413&ca=6fada24ab2d65cb4dd605cf8a5948a98e401db668cfa...](https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=543413&ca=6fada24ab2d65cb4dd605cf8a5948a98e401db668cfa...)

Apps: SITES DE TRABALHO

PJe ProceComCiv 0817235-39.2020.8.18.0140  
MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

11674884 - CONTESTAÇÃO (2747129 CONTESTACAO 01)  
Junfado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/09/2020 09:45:57

02 Sep 2020


JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11674882 - CONTESTAÇÃO
  - 11674884 - CONTESTAÇÃO (2747129 CONTESTACAO 01)
  - 11674885 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
  - 11674886 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 11674887 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS )
  - 11674889 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

09:47

Microsoft Word - 2747129\_CONTESTACAO 1 / 10

2747129- CS/ 2020-032117/ INVALIDEZ

  
JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08172353920208180140

Taskbar: Windows logo, Chrome, File Explorer, Word, System tray: 10:06, 02/09/2020



02/09/2020

Número: **0817235-39.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11674885	02/09/2020 09:45	<a href="#">PROC ADM</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15421002





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

**Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

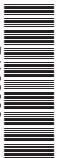
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00343/00344 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030172



## 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: 2641  
9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vale quem tem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64066-260  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 99982-3093

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)

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) ☐ Divorciado ☐ 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 (vivo/não)? ☐ 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

Assinatura da vítima ou do representante legal

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 21/06/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



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 gonçalves e silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(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)

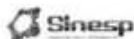
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 08/05/1992 Idade: 27 anos  
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Auxiliar Administrativo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: ROSALIA SOARES EVANGELISTA Nome do Pai: EDMILSON EVANGELISTA

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



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 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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 Aduiterado? 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-Denúnciação 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 5



## 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 1989 CONTA: 60603 3 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorciado ☐ 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 (vivo/não)? ☐ 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

Assinatura da vítima ou do representante legal

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019





MS/DATASUS		UNIDADE DE SAUDE DR. LUIS MILTON DE AREA LEAO	
No. DO BE: 467925		DATA: 07/02/2019 HORA: 22:52 USUARIO: ISMAILY	
CNS:		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 de Lourdes Oliveira	
RESPONSAVEL...	O PROPRIO	Lma	
PROCEDENCIA...	CIDADE JARDIM	TRAUMA: NAO	
ATENDIMENTO...	ACIDENTE DE TRANSITO MOTO/PASSEIRO		
CASO POLICIAL..	NAO	PLANO DE SAUDE.....: NAO	
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO	
PA: [ X ] mmHg	PULSO: [ ]	TEMP.: [ ]	PESO: [ ]
EXAMES COMPLEMENTARES:	[ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC	[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA	
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /	
<p>este com muito mal-estar no abdome com          Eritema nos membros inferiores e MMII; Fraqueza          e dor no abdome na região c/</p>			
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:			
<p>Prontidão de Eritema Eritema; Comissão          Eritema; NAO</p>			
DIAGNOSTICO:		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
<p>CD. Comissão Comissão          Eritema Eritema          Maria de Lourdes Oliveira (PA, FC)          Dor no abdome 2cc + 10 mg IV 12/24/19</p>		<p>PA 2/24/19          2          12/24/19</p>	
DATA DA SAIDA:		HORA DA SAIDA:	
<p>ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] RESISTENCIA          [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO</p>		<p>12/24/19          23:45</p>	
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):			
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS		[ ] FAMILIA [ ] ANAT. PATOL	
<p>Maria de Lourdes Oliveira          ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL</p>		<p>Dr. Ednaldo Soares Coutinho          ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO</p>	
<p>11:50 PA - 110 X 70 mmHg          12:55 mmHg / 11:50</p>			
CONFERE COM ORIGINAL			





Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

### DADOS CLÍNICOS

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

<b>DATA:</b>	07/02/2019 23:57:46
<div> MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO</div>	

Joana Luísa Mendes da 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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Proudomio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 11, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima maia smarina oliveira

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>730</u>	Complemento:
Bairro: <u>Unielha</u>	Cidade: <u>Terresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64019-330</u>	Tel.(DDD): <u>86</u> <u>99982.3093</u>

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

maia do Carmo Proudomio da Silva

Assinatura do Declarante



### Ortopedistas

• Dr. Albert Medeiros  
CRM 3567

• Dr. Elias Barbosa  
CRM 1033

• Dr. Osvaldo Mendes  
CRM 2106

• 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 3920

### Convênios

Amil  
Assefaz  
Camed  
Cassi  
Correios  
Fatchesf  
Geap  
Ipmt  
Iapep  
Intermed  
Medplan  
Saúde Caixa  
Plamta  
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 CIRÚR-  
GICO EVOLUINDO COM INFECÇÃO PÓS OPE-  
RATÓRIO SENDO REOPERADA. NO MOMEN-  
TO ENCONTRA-SE COM FRATURAS CONSO-  
LIDADAS, RESOLUÇÃO DO PROCESSO INFEC-  
CIOSO PORÉM AINDA TEM LIMITAÇÃO FUN-  
CIONAL SECUNDÁRIA AS SEQUELAS QUE A  
IMPEDE DE TRABALHAR POR TEMPO INDETER-  
MINADO. SÃO ELAS ;

- DOR
- CLAUDICAÇÃO
- LIMITAÇÃO DISCRETA DE MOVIMENTO  
DO MEDIOPÉ
- 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





NOME DO PACIENTE: M<sup>a</sup> 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".

*Assinatura*  
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

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

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

(User: ROCELDO)

(Estação: GESS002)

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)			
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm <b>Pressão:</b> mmHg
<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> Acidente de moto com dor em pe D			
<b>Diagnóstico Inicial:</b> ?			<b>CID:</b>
<b>Exames Complementares:</b> RX			
<b>Prescrição Médica:</b> medicamentos			
<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b> Observação (Adulto) <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b>			

Assinatura Paciente ou Responsável

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 14



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente *União Manoel Oliveira Gomes*

Diagnóstico pré-operatório *Fx de T. II Metatarsal D*

Operação - Tipo *Lmc + Fraga ci FK*

Cirurgião *Dr. Wmundo* 1º Assistente

2º Assistente

Instrumentador(a) *Fior* Anestésista *Dr. Marcos* Anestesia *Raque*

Anestésico(a)

Data da Operação *08/02/19* Início *05:40* Fim *02:45*

Diagnóstico Pós-operatório  
*D. mano*

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação  
*Não Houve*

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

- 1) Pol em MMA pol Reguiter*
- 2) Manuseio + Fraga + Fraga esbora*
- 3) Forte ampliação do fraco fraco*
- 4) Desbridamento + Fraga de SP, 9a exaradura*
- 5) Fraga de Fx de T. II Metatarsal D ci FK 1.5*
- 6) Sutura pele + aradura*

*Dr. Wmundo L. Costa*  
CRM-PA 47390-4A 6553

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





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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>232618</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES</b>	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-Ender: 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: <i>Id. volume de acedute de peso, erodido com dor e febre no pé D</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>Ho. Amigo</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx</i>
23-Diagnóstico Inicial: <b>fratura de ossos do metatarso</b>
24-CID Prim: S923
25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	29-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIAIS	Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 804.614.683-87	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA	34-Data Solicitação: 08/02/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sbl. (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 - Vinculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado	46 - Não Segurado		

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documeto: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Quero Audinore</i>
Usuário: (SOLIMAR BRITO)	Consulta Local: 706619
Consulta SUS:	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

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

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 08/02/19.

NOME DO PACIENTE:	Marlene Oliveira Oliveira	PRONTUÁRIO Nº:	502034
DIAGNÓSTICO:	Exatolo de I. II Metabolismo	CIRURGIA:	Luc + Fucop a FK
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Wmundo	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estefânia	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Dr. Maximiliano	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Fior	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.				Escovas - 03			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Cepom - 02			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				faixa de sonact - 03.			
ALCOFIL							
MONONYLON	20	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Patricia Fontinele			
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula 47300  
SANE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845

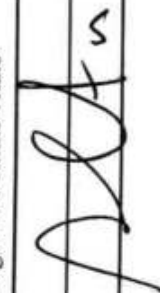
Número do documento: 20090209455610200000011054845



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		502031	04/05/1992	26	Ortopédica	234	241	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DATA/HORA CÓDIGO								
09/02/2019	FRAT MIT D							
1	Dieta oral livre							
2	Gelco salinizado							
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
4	Dipirone _ 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							
								
CONFERE O C.A.M.O. ORTOPEDIA								
Joana Luísa Mendes de Almeida Médica - HUT CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								





CAMILA

\_\_\_\_\_

MÉDICO ASSISTENTE

GEM

1998

18

10/10/10

---

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

...

\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

100101

1500

100, 000

U. Naga

number

*Aspirin*

Enten-Pi 39  
COEN-Pi 39

 $\lambda = 10 \text{ cm}$ 

1000

1

---

---

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

100

Num. 11674885 - Pág. 19

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA										
NOME <u>Denise</u>				IDADE <u>45</u> anos		DATA <u>08/02/2019</u>				
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>02</u> hs <u>45</u> 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 <sub>2</sub> (%)		<u>100%</u>				<u>98%</u>				
TEMPERATURA AXILAR (°C)										
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)										
NOME/MATRÍCULA						<u>Geniane</u>				
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK										
ATIVIDADE ESCALAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		9		SAÍDA		10		
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.		Raquel Mendes Pedreira COREN 377593-ENF		SAÍDA		Raquel Mendes Pedreira COREN 377593-ENF		
ONDAS VESICAIS	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASAL ( ) ORAL					
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 POI de TTA Cirurgião de olhos metatarsianos. Relato de anestesia geral. Consciente orientada. Hemodinamicamente estável. Curativo occlusivo em MIO, limpo e seco. Sem queixas no momento.										
07:50h. Alta da SRPA.										
PRESCRIÇÃO MÉDICA										
ALTA SRPA										
HÓRARIO										
ANESTESIOLOGISTA										

ENTRADA | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 20



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

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

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)
<b>Peso:</b> 0,00 Kg <b>Altura:</b> 0,00 M <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2 <b>Pulso:</b> bmp <b>Pressão:</b> mmHg

<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> trauma em pe
---

<b>Diagnóstico Inicial:</b> ?		<b>CID:</b>
----------------------------------	--	-------------

<b>Exames Complementares:</b> pe
-------------------------------------

<b>Prescrição Médica:</b>
---------------------------

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

-----Paciente ou Responsável

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 21



**centro cirúrgico**

Nome do Paciente

### Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1° Assistente

2° Assistente

3° Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

### Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

**Inicio**

Firm

### Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

### Acidente Durante a Operação

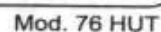
### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

If we can't meet again  
 after our  
 first  
 meeting on the  
 1st of Oct

Copyright © 1980  
Oxford University Press

2





233122

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Lauda 178106

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Prontuário com informação para Unidade</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Prontuário</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Prontuário</i>			
23-Diagnóstico Inicial: <b>Traumatismos superficiais múltiplos não especificados</b>	24-CID Prin: <b>T009</b>	25-CID Sec.: <b></b>	26-CID C.Ass.: <b></b>

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

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

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

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

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <i>16/02/2019</i>	48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento: <b>7390</b>	50-Assinatura (do Conselho): <i>Dr. Carlos Alberto...</i>
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				Usuário: <b>(KARLA BATISTA)</b> Consulta Local: <b>707967</b> Consulta SUS: Data: <b>16/02/2019 08:15:31</b>



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

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

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA 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 DIAGNÓSTICAS (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 ORTOPÉDIA/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

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARLENE DE MOURA SANTOS MOURA CPF: 07959409561 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 16/02/2019 08:24:46
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	CONFERE



# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO			
NOME DO PACIENTE <b>M = ISMARINA OLIVEIRA GOMES</b>							
DATA: <b>16/03/19</b>	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		ATARÁXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>1</p><p>2</p><p>3</p> </div> <div> <p>SO-UTO 500</p><p>SANGUE 300</p><p>OUTROS 100</p> </div> </div>			TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS						<p><i>Handwritten notes and signatures</i></p>	
TEMPERATURA T							
P. ARTERIAL V O PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X			SEQUÊNCIA				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			1				
RESPIRAÇÃO O			2				
			3				
			4				
			5				
			6				
			7				
			8				
			9				
			10				
			11				
			12				
			13				
			14				
			15				
SÍMBOLOS			DURAÇÃO				
TÉCNICAS			INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES							
CIRURGIAS							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES			CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				

MOD 76 - HUT





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: <u>Mrs. Domina Oliveira Gomes</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>50.2031</u>
DIAGNÓSTICO: <u>função p 10</u>	CIRURGIA: <u>função p 10</u>
ANESTESIA: <u>Rogê</u>	N° DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Chagas</u>	CPF N°: _____
AUXILIAR: _____	CPF N°: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Enzo</u>	CPF N°: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Edna</u>	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° 80	par	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				eletrodos	und	05	
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				escova de degumar	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: <u>função p 10</u>			
PROLENE							







UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

HOSPITAL

URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 27

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								
16/02/2019	INFECÇÃO PÉ D								
18/02/19									
1	Dieta oral livre								
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. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho									
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia									
CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT111305 / CRM3367									





PACIENTE	PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES	43512		04/05/1992	26	Ortopédica	237	253	
ATA/HORA CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
16/02/2019	INFECÇÃO PÉ D							
17/02/19								
1	Dieta oral livre <i>Dra. Joelma</i>							
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							
<i>Dr. João Soares Coutinho</i> CRM 3415-TEOT/10029								
<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> CRM 3766-TEOT/11305								
<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> CRM 3367								



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 29

[illegible]

DET

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

ME M<sup>te</sup> Rosmarina Oliveira Gomes IDADE 26 anos DATA 16/02/2019  
HORA DE ADMISSÃO 08 hs 57 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL (X) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
CIRURGIA REALIZADA L.M.C. CIRURGIÃO E. F. Chagas

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>95/66</u>	<u>106/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>68</u>	<u>72</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>M<sup>te</sup> dos Reis</u>	<u>M<sup>te</sup> dos Reis</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR SAÍDA

TOTAL				
ASS.				

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasog ( ) Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
8:55h Admitido na RPA no pós de RM em pé. Sem sinais de sangramento. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral, pressão arterial 99/60

RESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA  
HORÁRIO  
ANESTESIOLOGISTA



**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 1º e 2º metatarsos com desvio no 2º.
- Aumento de volume de partes moles.

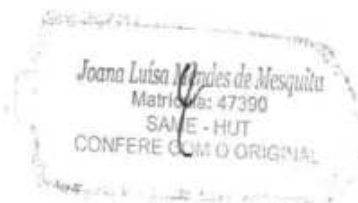
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





# 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

Pág: 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.

(LUIZ 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  
Matricula: 67300  
SAME - HUT  
RANFEE 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:**

od. 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

Rua Vereador Joel Loureiro, 6930 | Pedra Mole, Teresina -PI



@drprevine



(86) 9 9922 3838



(86) 3015-3131





### Ortopedistas

• Dr. Albert Medeiros  
CRM 3567

• Dr. Elias Barbosa  
CRM 1033

• Dr. Osvaldo Mendes  
CRM 2106

• Dr. Pedro Coimbra  
CRM 1827

• Dr. Ponciano Rodrigues  
CRM 913

• Dr. Sotter Brito  
CRM 1493

• Dr. Wilson Rodrigues  
CRM 1839

• Dr. Ricardo Valença  
CRM 3766

• Dr. Francisco das Chagas  
CRM 3920

### Convênios

Amil  
Assefaz  
Camed  
Cassi  
Correios  
Fachesf  
Geap  
Ipmt  
Iapep  
Intermed  
Medplan  
Saúde Caixa  
Plamta  
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 CIRÚR-  
GICO EVOLUINDO COM INFECÇÃO PÓS OPE-  
RATÓRIO SENDO REOPERADA. NO MOMEN-  
TO ENCONTRA-SE COM FRATURAS CONSO-  
LIDADAS, RESOLUÇÃO DO PROCESSO INFEC-  
CIOSO PORÉM AINDA TEM LIMITAÇÃO FUN-  
CIONAL SECUNDÁRIA AS SEQUELAS QUE A  
IMPEDE DE TRABALHAR POR TEMPO INDETER-  
MINADO. SÃO ELAS ;

- DOR
- CLAUDICAÇÃO
- LIMITAÇÃO DISCRETA DE MOVIMENTO  
DO MEDIOPÉ
- 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





NOME DO PACIENTE: M<sup>a</sup> 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".

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>  
Número do documento: 20090209455610200000011054845

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55  
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

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

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

(User: ROCELDO)

(Estação: GESS002)

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)			
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm <b>Pressão:</b> mmHg
<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> Acidente de moto com dor em pe D			
<b>Diagnóstico Inicial:</b> ?			<b>CID:</b>
<b>Exames Complementares:</b> RX			
<b>Prescrição Médica:</b> medicamentos			
<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b> Observação (Adulto) <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b>			

Assinatura Paciente ou Responsável

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 37



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Wm/Amir Dismarino Oliveira Gomes*

Diagnóstico pré-operatório *Tu de T. II Malbolano D*

Operação - Tipo *Lmc + Fmago ci FK*

Cirurgião *Dr. Wmundo* 1º Assistente

2º Assistente

Instrumentador(a) *Fior* Anestésista *Dr. Marcos* Anestesia *Raque*

Anestésico(a)

Data da Operação *08/02/19* Início *05:40* Fim *02:45*

Diagnóstico Pós-operatório  
*D massa*

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação  
*Não Houve*

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

- 1) Pol em MMA pol Reguiter*
- 2) Manuseio + Fm + Capa estéril*
- 3) Fm ampliado de furo de furo*
- 4) Dissecção + Fmago ci SP, 9º exantema*
- 5) Fmago ci Fm de T. II Malbolano D ci FK 1.5*
- 6) Sutura pele + curativo*

*Dr. Wmundo L. Costa*  
CRM-PA 47390-4A 6553

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





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>232618</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES</b>	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-Ender: 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: <i>Id. volume de acidente de moto, envolto com dor e ferida na perna</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>At. Amigo</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx</i>
23-Diagnóstico Inicial: <b>fratura de ossos do metatarso</b>
24-CID Prim: S923
25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	29-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 804.614.683-87	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA	34-Data Solicitação: 08/02/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sbl. (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:	( ) Não Segurado		
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documeto: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Quero Audinore</i>
Usuário: (SOLIMAR BRITO)	Consulta Local: 706619
Consulta SUS:	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

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

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 08/02/19.

NOME DO PACIENTE:	Marlene Oliveira Oliveira	PRONTUÁRIO Nº:	502034
DIAGNÓSTICO:	Exatopla de I. II Metabolismo	CIRURGIA:	Luc + Fucop a FK
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Wmundo	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estefânia	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Dr. Maximiliano	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Fior	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.				Escovas - 03			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Cepom - 02			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				faixa de sonact - 03.			
ALCOFIL							
MONONYLON	20	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Patricia Fontinele			
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matriculada 47300  
SANE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

HOSPITAL

URGÊNCIA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		502031	04/05/1992	26	Ortopédica	234	241	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DATA/HORA CÓDIGO								
09/02/2019	FRAT MITT D							
1	Dieta oral livre							
2	Gelco salinizado							
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
4	Dipirone 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							
Assinatura: [Assinatura]								
Joana Luiza Mendes de Almeida Médica - HUT CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								





CAMILA

\_\_\_\_\_

MÉDICO ASSISTENTE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

1000

100

1

Stamm

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1000

Mica pua

IOH ou

October 30, 1905

Ref. Co.

Alonso

2

AA 10-11-12

Entertainment

300

AS 2209

1

100

---

---

Num. 11674885 - Pág. 42

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA										
NOME <u>Demétrio</u>				IDADE <u>45</u> anos		DATA <u>08/02/2019</u>				
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>02</u> hs <u>45</u> 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 <sub>2</sub> (%)		<u>100%</u>				<u>98%</u>				
TEMPERATURA AXILAR (°C)										
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)										
NOME/MATRÍCULA						<u>Geniane</u>				
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK										
ATIVIDADE ESCALAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						TOTAL		9		
ESCALA DE DOR SAÍDA						ASS.		<u>Raquel Mendes Pedreira</u> COREN 377593-ENF		
SONDA VESICAL		( ) DRENO DE SUÇÃO		( ) DRENO TORACICO		( ) DVE		( ) COLOSTOMIA		
mL		mL		mL		mL		SONDA ( ) NASAL ( ) SOE		
hs		hs		hs		hs				
mL		mL		mL		mL				
hs		hs		hs		hs				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:										
<u>02:50h. Admitida na SRPA em POI de TTA Cirurgião de olhos metatarsianos. Relato de anestesia geral. Consciente orientada. Hemodinamicamente estável. Curativo realizado em MIO, limpo e seco. Sem queixas no momento.</u>										
<u>07:50h. Alta da SRPA.</u>										
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845 Número do documento: 20090209455610200000011054845										



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

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

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)
<b>Peso:</b> 0,00 Kg <b>Altura:</b> 0,00 M <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2 <b>Pulso:</b> bmp <b>Pressão:</b> mmHg

<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> trauma em pe
---

<b>Diagnóstico Inicial:</b> ?		<b>CID:</b>
----------------------------------	--	-------------

<b>Exames Complementares:</b> pe
-------------------------------------

<b>Prescrição Médica:</b>
---------------------------

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

-----Paciente ou Responsável

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 44



**centro cirúrgico**

Nome do Paciente

### Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1° Assistente

2° Assistente

3° Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

### Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

**Inicio**

Firm

### Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

### Acidente Durante a Operação

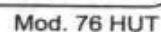
### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

I can't read your  
 name  
 for  
 the  
 first  
 time  
 of  
 the  
 year

2

2





233122

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Lauda 178106

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Prontuário com informação para Unidade</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Prontuário</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Prontuário</i>			
23-Diagnóstico Inicial: <b>Traumatismos superficiais múltiplos não especificados</b>	24-CID Prin: <b>T009</b>	25-CID Sec.: <b></b>	26-CID C.Ass.: <b></b>

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

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

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

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

**AUTORIZAÇÃO**

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

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

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA 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 DIAGNÓSTICAS (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 ORTOPÉDIA/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

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARLENE DE MOURA SANTOS MOURA CPF: 07959409561 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 16/02/2019 08:24:46 CPF: CRM:
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <b>M = ISMARINA OLIVEIRA GOMES</b>					
DATA: <b>16/03/19</b>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
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
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES		
		1			
		2			
		3			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500			
		400			
		SANGUE 300			
		200			
		OUTROS 100			
TEMPERATURA T	Cº	260			
		240			
		2			
P. ARTERIAL	38	200			
V		180			
O		160			
PULSO		1			
		140			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120			
		100			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80			
		60			
RESPIRAÇÃO O		40			
		20			
		10			
SÍMBOLOS		08:30	09:20	DURAÇÃO 50'	
TÉCNICAS <b>ANESTESIA</b>				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <b>Clonidine, Meclizina, Clonidine</b>					
CIRURGIAS <b>Clonidine</b>					
ANESTESISTAS <b>Dr. Ezio Amorim</b>					
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845



**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: <u>M<sup>rs</sup> Domina Oliveira Gomes</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>502031</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fun em p 10</u>	CIRURGIA: <u>fun em p 10</u>
ANESTESIA: <u>Rogê</u>	N° DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Chagas</u>	CPF N°: _____
AUXILIAR: _____	CPF N°: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Enzo</u>	CPF N°: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Edna</u>	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° 80	par	01	
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				eletrodos	und	05	
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				exova 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: <u>fun em p 10</u>			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 49



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

HOSPITAL

URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845

Número do documento: 20090209455610200000011054845

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								
16/02/2019	INFECÇÃO PÉ D								
18/02/19									
1	Dieta oral livre								
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. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia									
CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT111305 / CRM3367									



PACIENTE

ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

IDADE

DATA NASC

237

ENF. OU AP

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

ATA/HORA  
CODIGO

16/02/2019 INFECÇÃO PÉ D

17/02/19

1 Dieta oral livre

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

OBSERVAÇÕES

08:20h - Feito curativo na

Fe do MTD (pé) - Kef

12h - PA = 110/70 mmHg

24:00 = 12 de 200 de 200

5900 - P.A: 125x67 -

P= 67 bem

COPIA: PI 604371-AE

Dr. Jordano Crc

Ortopedia e Tra

CRM3415-TEOT10029

CRM12308

CRM3766-TEOT11305

CRM3367

Dr. Ricardo S. Valença

Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Ortopedia e Traumatologia



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Num. 11674885 - Pág. 52

[illegible]

DET

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

ME M<sup>te</sup> Rosmarina Oliveira Gomes IDADE 26 anos DATA 16/02/2019  
HORA DE ADMISSÃO 08 hs 57 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL (X) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
CIRURGIA REALIZADA L.M.C. CIRURGIÃO E. F. Chagas

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>95/66</u>	<u>106/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>68</u>	<u>72</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>M<sup>te</sup> dos Reis</u>	<u>M<sup>te</sup> dos Reis</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR SAÍDA

TOTAL				
ASS.				

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasog ( ) Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
8:55h Admitido na RPA no pós de RM em pé. Sem sinais de sangramento. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral, pressão arterial 119/70

RESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA  
HORÁRIO  
ANESTESIOLOGISTA



**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 1º e 2º metatarsos com desvio no 2º.
- Aumento de volume de partes moles.

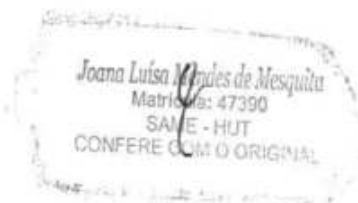
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





# 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

Pág: 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.

(LUIZ 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  
Matricula: 67300  
SAME - HUT  
RENTRE 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:**

od. 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

Rua Vereador Joel Loureiro, 6930 | Pedra Mole, Teresina -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](http://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

<b>OUTORGANTE</b> <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 nº 2641 Vale Quem Tem</u>		
CEP: <u>64.066-260</u>	Telefone: <u>(86) 99982-3093</u>	<u>Teresina - PI</u>

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

**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 -

<b>TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS</b> <small>Cartório Thermostótes Sampaio Rua Lázaro Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4100 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br</small> <i>Maria Antônia Gonçalves de Sampaio Dória</i>	
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES. DOU FE. EM <u>19/12/2019</u> DA VERDADE. Selo: AAP10685-SP7Y www.tjpi.jus.br/portalexta	
FATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA Emol: 3,85 - TJ: 0,77 - FMMP/PI: 0,10 - Selo: 0,26 - Total: 4,98 - OP: 140 PROCURAÇÃO PARTICULAR	

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**Kátia Gardênia da Silva Santos**  
 Escrevente Autorizada

**ARTÓRIO 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](http://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

